

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

AVALIAÇÃO DAS PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DE UMA  
VERSÃO REDUZIDA DA ESCALA DE AUTOEFICÁCIA DO FAMILIAR  
CUIDADOR

Dissertação de Mestrado

Dissertação académica orientada pela  
Professora Doutora Teresa Martins  
Professor Doutor Paulo Puga Machado

Renata Adelaide Lopes dos Santos

Porto | 2015



*“Adoramos a perfeição porque não a podemos ter.  
Repugná-la-íamos se a tivéssemos.  
O perfeito é desumano, porque o humano é imperfeito.”*

(Fernando Pessoa, s/d)



## AGRADECIMENTOS

Ao longo deste percurso muitas foram as pessoas que contribuíram para a sua concretização. A essas dirijo um simples mas sincero agradecimento:

Professora Doutora Teresa Martins fico-lhe grata pela sua atenção e rigor. Enriqueceu o meu profissionalismo.

Professor Paulo Puga Machado, reconfortantes foram as suas palavras de apoio em todas as etapas. Obrigada pelo seu cuidado e disponibilidade.

Aos colaboradores e famílias que participaram direta e indiretamente neste estudo. O vosso empenho e dedicação foram essenciais.

Família graças à vossa paciência e motivação que foi possível chegar à meta. A cada um, um sincero obrigada.

Mesmo a quem não vê o seu nome explícito e sabe que teve um papel essencial, o meu muito obrigada! Sem o apoio de todos esta realidade não seria possível.



## CHAVE DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS

**ASA-A** - *Appraisal of Self-Care Agency Scale*

**CIPE** - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

**EAFC** - Escala Autoeficácia do Familiar Cuidador

**ESEP** - Escola Superior de Enfermagem do Porto

**FADA** - Formulário de Avaliação da Dependência no Autocuidado

**GSE** - Escala Autoeficácia Geral

**INE** - Instituto Nacional de Estatística

**INEM** - Instituto Nacional de Emergência Médica

**KMO** - *Kaiser-Meyer-Olkin*

**OE** - Ordem dos Enfermeiros

**OMS** - Organização Mundial de Saúde

**RNCCI** - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

**SPSS** - *Statistical Package for the Social Sciences*

**USF** - Unidade de Saúde Familiar





## ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	17
CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....	21
1. O Familiar Cuidador .....	21
1.1. Perfil do familiar cuidador .....	25
1.2. Transição para o papel de familiar cuidador .....	27
1.3. Autoeficácia no familiar cuidador .....	32
CAPÍTULO II - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO .....	37
2. Método .....	37
2.1. Participantes .....	38
2.2. Materiais .....	38
2.3. Procedimentos e Considerações Éticas .....	40
2.4. Análise e Tratamento da Informação .....	41
CAPÍTULO III - RESULTADOS .....	43
CAPÍTULO IV - DISCUSSÃO .....	55
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	61
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	63
ANEXOS.....	71
ANEXO I - Escala de Autoeficácia do Familiar Cuidador (EAFC) .....	73
ANEXO II - Escala de Autoeficácia Geral (GSE) .....	77
ANEXO III - Índice de Barthel .....	81
ANEXO IV - Escala de Lawton e Brody.....	85
ANEXO V - <i>Appraisal of Self-Care Agency Scale (ASA -A)</i> .....	89
ANEXO VI - Formulário de Avaliação da Dependência no Autocuidado (FADA). 95	
ANEXO VII - Pedidos de autorização às instituições.....	107
ANEXO VIII - Autorização das instituições .....	111
ANEXO IX - Pedido e autorização para o uso da Escala de Autoeficácia Geral	117
ANEXO X - Consentimento informado .....	121



## LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Estatística descritiva dos itens da EAFC.....	43
Tabela 2: Matriz de correlação dos itens da EAFC .....	45
Tabela 3: Homogeneidade do EAFC segundo coeficiente de correlação item-total corrigido .....	46
Tabela 4: Matriz da componente extraída .....	47
Tabela 5: Recurso a serviços.....	48
Tabela 6: Recursos profissionais/pessoais .....	50
Tabela 7: Condições de saúde do familiar dependente .....	50
Tabela 8: Síntese dos recursos e condições de saúde .....	53



## RESUMO

O envelhecimento da população é um fenómeno de amplitude mundial e Portugal não é exceção a este panorama.

Prevê-se que haja um aumento significativo da faixa etária com idades mais avançadas nos próximos anos. Associado ao envelhecimento surgem as doenças crónicas e/ou degenerativas que provocam um impacto na autonomia das pessoas. Assim, releva-se a importância das morbilidades como potenciadores de debilidades funcionais e cognitivas e por vezes, limitadoras e geradoras de dependência. Neste contexto as famílias assumem um papel de relevo enquanto cuidadores da pessoa dependente.

O presente estudo visa a avaliação das propriedades psicométricas de uma versão reduzida da Escala de Autoeficácia do Familiar Cuidador (EAFC). Para o efeito desenvolveu-se um estudo metodológico e transversal recorrendo a uma amostra de conveniência. Os participantes do estudo foram referenciados em duas instituições com valências de serviços de apoio ao domicílio e de centro de dia no concelho de Vila Nova de Gaia.

As propriedades psicométricas revelaram que a EAFC apresenta correlações fortes entre itens e uma consistência interna avaliada com um alfa de *Cronbach* de 0,963, indicativos de uma boa fidelidade. Foi analisada a validade de critério através da comparação com os resultados obtidos na Escala Autoeficácia Geral (GSE) e percebeu-se que há correlação moderada entre os dois instrumentos. A análise de componentes principais mostra que o instrumento é unidimensional e tem uma variância explicada de 74,10%.

Cumulativamente estudou-se o impacto do nível de dependência do familiar dependente, no sentimento de autoeficácia do familiar cuidador. Para o efeito correlacionou-se a EAFC com o Índice de Barthel, Escala de Lawton e Brody, *Appraisal of Self-Care Agency Scale* (ASA-A) e Formulário de Avaliação da

Dependência no Autocuidado (FADA). Percebeu-se que níveis de dependência elevados no autocuidado do familiar dependente, parecem aumentar o sentimento de autoeficácia do familiar cuidador.

Concluiu-se que o formulário avalia com rigor a percepção de eficácia nos cuidados a uma pessoa dependente. Porém a autoeficácia pode não ser determinante na avaliação da qualidade dos cuidados prestados ao familiar cuidador.

**PALAVRAS-CHAVE:** Familiar cuidador, Autoeficácia e Transição

## ABSTRACT

Population aging is a worldwide phenomenon and Portugal is no exception to this scenario. It is believed that there are a significant increase in the older age group in the coming years. Associated with aging arise chronic diseases and / or degenerative causing an impact on autonomy. Therefore It is noted the importance of morbidities as cognitive enhancers and functional shortcomings sometimes limiting and dependency generator. In this context families play a significant role as caregivers of dependent person.

This study aims to determine the short form Caregiver Self efficacy Scale assessment of psychometrics proprieties (EAFC). For this purpose was developed a quantitative, methodological and cross-sectional study using a non-probabilistic or random sample. Study participants are referred to in two institutions with valences of home care and day center in Vila Nova de Gaia country services. Psychometric properties revealed that EAFC presents fidelity with strong correlations between items and internal consistency evaluated with a Cronbach's alpha of 0.963. Regarding the validity was verified the criterion validity using the results obtained in the implementation of the Self Efficacy Scale (GSE) as comparison and it was noticed that there are a moderated correlation between instruments. Principal component analysis show that the EAFC is an unidimensional scale that explained 74, 10% of variance.

Cumulatively we have studied the impact of family dependency level of the dependent in the sense of self efficacy of family caregivers. To this end we correlated the EAFC with the Barthel Index, Lawton and Brody Scale, Appraisal of Self-Care Agency Scale (ASA-A) and Self-care Assessment Interview (FADA). It is noticed that levels of dependence in self-care on the dependent family appear to increase sense of self efficacy of family caregivers.

We conclude that the scale is a rigorous instrument to assess caregivers' self-efficacy. But the self-efficacy cannot be decisive in assessing the quality of care provided to the family caregivers.

We also conclude that the concept of self-efficacy does not appear to be decisive in assessing the quality of care provided to the family caregiver. However, it has great importance in the transition to the role of family caregivers.

**KEYWORDS:** Family caregiver, Self-efficacy and Transition



## INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) refere que em 2010 a percentagem de idosos a nível mundial rondava os 8% e estima-se que em 2050 este valor alcance os 16% (OMS, 2011). Associado à prevalência de uma faixa etária maioritariamente idosa surge o impacto da morbilidade relacionada com a idade. Com o avançar da idade há uma maior suscetibilidade para as doenças crónicas e/ou degenerativas que muitas vezes conduzem à debilidade funcional e cognitiva. Destas, advém as dependências nas atividades de vida diária e na gestão da própria saúde (DAMIANI, *et al.*, 2011). Neste sentido, é perceptível o impacto da família enquanto suporte de cuidados.

Resultado das modificações demográficas, sociais e económicas, o modelo familiar nuclear tem sofrido uma significativa transformação (MARTINS, 2002). Contudo, a família vai para além dos laços biológicos que se estabelecem ao longo da vida. Esta centra-se sobretudo nos laços afetivos que se criam durante a carreira/percurso da família (RELVAS, 2000).

Independentemente do modelo familiar, uma das principais funções associadas à família refere-se ao cuidar (MARTINS, 2002). Cuidar revela-se com um conceito transversal que percorre todos os estádios do ciclo vital familiar (RELVAS, 2000). Esta função poderá recair de igual modo por todos os elementos da família ou ser salvaguardada essencialmente por apenas um elemento. Todavia, a família ou o familiar cuidador revelam-se como elementos preponderantes na sociedade pois, possibilitam resultados em múltiplas áreas (SEQUEIRA, 2010).

Porém, cuidar de alguém implica o estabelecimento de uma relação ímpar. Cada indivíduo apresenta as suas necessidades, recursos, forças e limitações. Assim, a relação estabelecida na prestação de cuidados torna-se

única [ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE), 2011]. Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), o prestador de cuidados desempenha um papel caracterizado por: *“interagir de acordo com as responsabilidades de cuidar de alguém; interiorizar a expectativa mantida pelas instituições de cuidados de saúde e profissionais de saúde, membros de família e sociedade relativamente aos comportamentos apropriados ou inapropriados do papel de um prestador de cuidados; expressar estas expectativas sob a forma de comportamentos e valores; sobretudo relativamente a cuidar de um membro da família dependente”* (Internacional Council of Nurses, 2011, p. 65).

Trata-se de uma definição ampla e que nos permite compreender o impacto do desempenho deste papel na vida do familiar cuidador.

O enfermeiro no desempenho das suas funções visa a satisfação de necessidades do cliente e da sua família, em todo o ciclo vital e nos diferentes contextos. Das intervenções do enfermeiro, prevê-se a realização de intervenções capazes de suprir os problemas de saúde, desde a prevenção, promoção e reabilitação do cliente e família (OE, 2012). Para o efeito, há a necessidade de um processo de conceção de cuidados rigoroso. Na primeira etapa desse processo surge a colheita sistemática de dados, essencial para a determinação de diagnósticos de enfermagem, determinantes para as etapas subsequentes. A investigação é uma ferramenta que apoia e incentiva a excelência dos cuidados.

Este trabalho de investigação surge contextualizado no Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP) e tem como principal objetivo a avaliação das propriedades psicométricas de uma versão reduzida da escala de autoeficácia do familiar cuidador desenvolvida pela ESEP. Por outro lado, procura-se ainda a descrição da competência do familiar cuidador. Para o efeito desenvolveu-se um estudo metodológico.

A presente dissertação foi organizada em quatro capítulos de modo a facilitar a compreensão e leitura. O primeiro capítulo, intitulado enquadramento teórico, pretende clarificar conceitos relevantes bem como, expor teorias essenciais para a compreensão da temática, nomeadamente, a teoria de médio alcance de Afaf Meleis. O capítulo segundo, enquadramento metodológico, procura descrever detalhadamente o trabalho de investigação realizado, cujos resultados serão explicitados no capítulo terceiro. Por último, mas igualmente

significativo, surge o capítulo da discussão. Neste último são confrontados os resultados obtidos no estudo realizado e os dados obtidos na literatura. Esta dissertação terminará com breves considerações finais, fazendo referência a algumas sugestões para estudos posteriores.



## **CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

No decorrer deste primeiro capítulo pretende-se a clarificação de conceitos, essenciais à compreensão da temática em estudo. Assim, haverá ênfase no conceito de família e familiar cuidador. Pretende-se ainda espelhar a realidade portuguesa no que respeita ao cuidar e por fim, visa-se a apresentação de teorias que nos permitem entender a vivência do familiar cuidador no desempenho do seu papel.

### **1. O Familiar Cuidador**

Cuidar é uma pequena palavra que representa um processo dinâmico inerente à condição humana. Trata-se de um ato universal e indispensável à essência humana. Assume-se como um conjunto de ações de assistência e suporte, orientados a um ou mais indivíduos com necessidades específicas (SARMENTO, PINTO e MONTEIRO, 2010). Para cuidar é necessário o estabelecimento de laços de confiança, essenciais para a criação de uma relação de segurança vital para ambos os intervenientes do processo (DIAS, *et al.*, 2014).

Mundialmente a população está a tornar-se cada vez mais envelhecida (OMS, 2011). Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE), em Portugal, houve um aumento considerável na população com idade superior a 65 anos. Em 2001, 16,4% da população encontrava-se na faixa etária com idade igual ou superior a 65 anos; porém, em 2011 essa percentagem aumentou para os 19,1%. De referir que, contrariamente às restantes faixas etárias, a população idosa foi a única a apresentar um acréscimo (INE, 2013). Consequentemente ao

envelhecimento (natural e/ou patológico) surgem debilidades físicas e mentais que tornam as pessoas com níveis de dependência. Segundo Leuschner (2005) *os cuidados de saúde não estão, em nenhum nível, organizados de forma a darem a melhor resposta a uma população cada vez mais envelhecida*. Maioritariamente os cuidados à pessoa idosa são assegurados por familiares, sem formação e/ou experiência para o efeito [LEUSCHNER (2005) *cit. por* SEQUEIRA (2010, p. 152)]. Neste sentido, muitos autores consideram a família como uma instituição na sociedade, pelo impacto na saúde que discretamente apresenta. Rezende e seus colaboradores (2005) afirmam que *atualmente, muitas pessoas vivem por mais tempo e assim, o (familiar) cuidador do paciente com doenças crónicas tornou-se um elemento importante no contexto da saúde pública* (REZENDE, *et al.*, 2005, p. 80). Imaginário (2004) acrescenta ainda que *tradicionalmente, a família desempenhou uma importante função no restabelecimento e manutenção da saúde e bem-estar dos seus membros* [IMAGINÁRIO (2003) *cit. por* MARQUES (2007, p. 70)].

As políticas de saúde, económicas e sociais atuais conduzem, cada vez mais à manutenção das pessoas no seu domicílio, sejam estas saudáveis ou com alguns défices. Neste sentido, a prestação de cuidados no domicílio assume especial relevância (PAÚL E FONSECA, 2005; IMAGINÁRIO, 2004).

Prestador de cuidados é o termo que denomina aqueles que asseguram os cuidados aos indivíduos que apresentam alguma fragilidade ou debilidade na sua saúde. Sabemos que a grande maioria dos cuidados são assegurados por familiares ou pessoas significativas, assim utilizaremos o conceito de familiar cuidador para nos referirmos à pessoa que presta cuidados a uma pessoa dependente. Cuidar de uma pessoa dependente, requer frequentemente que o cuidador execute tarefas físicas, mas também impõe a assistência psicoafectiva (MARQUES, 2007). Porém, a expressão familiar cuidador encobre sem distinção todos aqueles que de algum modo contribuem para o cuidar de um indivíduo dependente.

A literatura não é consensual nos termos utilizados, pelo que é comum o uso de termos como familiar cuidador, dador de cuidados e/ou simplesmente

cuidador no que respeita aos prestadores de cuidados informais (SEQUEIRA, 2010; ROCHA E PACHECO, 2013).

Neri e Carvalho (2002) sugerem uma classificação de cuidador primário ou principal, secundário e terciário. O cuidador primário ou principal é o termo que caracteriza os cuidadores que asseguram os cuidados na maior parte do tempo. Ou seja, a maior parte dos cuidados prestados são da sua responsabilidade. Já os cuidadores secundários são aqueles que prestam cuidados de assistência ao cuidador principal ou pelo menos, asseguram a responsabilidade dos cuidados ocasionalmente. Assumem a complementaridade dos cuidados prestados pelo cuidador principal. Por fim, a expressão cuidadores terciários representa aqueles cuja assistência é casual, apenas surge quando é solicitada pelo cuidador principal ou secundário (SEQUEIRA, 2010; ROCHA E PACHECO, 2013).

*Torna-se relevante acrescentar que cuidar de uma pessoa dependente, é muito mais do que os aspetos instrumentais e físicos, como a alimentação, a higiene, a mobilidade e a medicação, que normalmente são tidos em consideração e valorizados. Exige uma entrega total no sentido de compreender sentimentos de angústia do doente, o que requer da parte do cuidador uma disponibilidade cognitiva, emocional e física, muitas vezes não reconhecido e inadequadamente recompensado* (MARQUES, 2007, p. 73).

O cuidar da pessoa com dependência, exige do familiar cuidador disponibilidade de tempo, e adaptação a tarefas para as quais não se encontra habilitado ou com experiência. Por vezes, a prestação de cuidados torna-se tão intensa que conduz o cuidador a abandonar o seu próprio projeto de vida (MARTINS, 2006). Não raramente, a prestação de cuidados apresenta-se como um jogo de obrigações morais e sociais em que o familiar cuidador é obrigado a jogar, desconhecendo as regras (ROCHA E PACHECO, 2013).

A família apresenta-se como um grupo primário básico de apoio transversal ao longo do ciclo de vida (SEQUEIRA, 2007). Desde o momento do nascimento até ao fim de vida, os indivíduos têm necessidade de cuidados (MARTINS, 2002). A própria dinâmica de cuidar revela as forças de coesão e os valores internos da família, essenciais para o desenvolvimento do indivíduo e da família (DURO, 2013). Todavia, o conceito de família tem sofrido polimorfismos ao longo dos tempos. Estas mutações são sensíveis a múltiplos fatores nomeadamente, a religião, a cultura, a política e/ou a economia (MONTEIRO, 2010).

São múltiplas as definições de família, porém é uníssono a ideia de que esta é a unidade basilar do desenvolvimento humano.

Os indivíduos ao interagirem entre si e com os outros vão evoluindo. Contudo, essa evolução nunca ocorre de forma isolada em apenas um elemento da família, há um desenvolvimento familiar (ALARCÃO, 2006). Orientada por este carácter desenvolvimentista da família, Relvas (2000), inspirou-se no trabalho de Duvall, Hill e Rodgers e estabeleceu um ciclo vital da família em cinco etapas: 1) formação do casal, 2) família com filhos pequenos, 3) família com filhos na escola, 4) família com filhos adolescentes, 5) família com filhos adultos. Porém, a autora ressalva que este ciclo não é estanque e/ou unidirecional, ou seja, poderá haver alternância entre as etapas (RELVAS, 2000). Contudo, entre este ciclo vital há mudanças previsíveis, com as quais a família poderá prever e organizar-se antecipadamente de modo a manter o seu equilíbrio dinâmico, por exemplo, as alterações associadas ao envelhecimento. Todavia, existem outros acontecimentos imprevisíveis e repentinos que podem perturbar a harmonia da família (MARTINS, 2002).

Para os profissionais de saúde torna-se relevante conhecer a família de um indivíduo pois, permite a compreensão de particularidades sobre o mesmo. O sistema familiar tem um potente impacto sobre a saúde de um indivíduo. *É na família que se elaboram e vivem grande parte dos hábitos que dizem respeito à saúde, ao equilíbrio físico, mental e relacional* (SARMENTO, PINTO E MONTEIRO, 2010, p. 39). Os hábitos, a estrutura/orgânica e o estrato socioeconómico influenciam fortemente a saúde. Neste sentido, Sarmiento e seus colaboradores afirmam que *os doentes crónicos, com elevados níveis de integração social, material, cognitivo e normativo, revelam-se mais capazes de ultrapassar a doença quando esta sobrevém* (SARMENTO, PINTO E MONTEIRO, 2010, p. 40).

Em contexto domiciliário os familiares cuidadores responsabilizam-se pelos cuidados a ter para com outro familiar, com algum nível de dependência. Apesar de ser um elemento sensível ao familiar dependente e ao meio em que este se insere, o familiar não apresenta qualquer tipo de formação específica para o efeito (SEQUEIRA, 2007). Assim, por diversos motivos surge a necessidade de recorrer a outras pessoas que contribuem no processo de cuidar. Comummente são outros familiares, amigos e vizinhos que voluntariamente



cuidam. Também pela relevância destes voluntários, o termo prestador de cuidados tem vindo a ser substituído por familiar cuidador.

Deste modo, faz sentido rever a definição de família. Pois, este conceito ultrapassa a relação dos laços biológicos. Relvas e seus colaboradores acrescentam que cada vez mais se deverá ressaltar a importância dos vínculos afetivos/emocionais no conceito de família (RELVAS, 2000). Incluindo no conceito de família, aqueles que embora sem vínculos biológicos desempenham um papel ativo na dinâmica familiar. No decorrer desta dissertação irá adotar-se o termo familiar cuidador.

### 1.1. Perfil do familiar cuidador

Desde sempre que os cuidados a serem prestados a uma pessoa com alguma debilidade são atribuídos à família. Florence Nightingale nas suas primeiras notas, deixa indicações para as famílias com pessoas dependentes a seu cargo. Porém, são notórias as transformações recentes no ciclo de vida familiar (OE, 2011). Santos (2003) realça *o predomínio das famílias nucleares, com uma maior incidência de situações caracterizadas pela instabilidade conjugal, casamentos mais tardios, maior número de famílias monoparentais, menor número de filhos, onde a carreira profissional assume um maior destaque em função da necessidade (prioritária) relacionada com a manutenção do emprego, devido a competitividade do mercado de trabalho* [SANTOS (2003) cit. por SEQUEIRA (2007, p. 101)].

Segundo Martins (2006), *o indivíduo funcionalmente dependente procura ajuda, primeiro no seio da família, sendo os familiares diretos os mais solicitados para desempenharem esse papel* (MARTINS, 2006). Contudo, nem sempre o familiar solicitado se encontra disponível para assumir a responsabilidade de cuidar. Martín (2005) afirma que existem pelo menos quatro fatores decisivos para a escolha do familiar cuidador: 1) relação com o familiar; 2) coresidência; 3) género; 4) condicionalismos associados aos descentes. A intensidade da relação com o familiar vem ao encontro da ideia deixada por Martins (2006), a pessoa dependente tem maior preferência por quem tem uma

relação de maior proximidade. Maioritariamente os respetivos cônjuges são a principal escolha pois, existe um percurso de vida comum, ou seja, grande laço de confiança (SEQUEIRA, 2010).

Para uma assistência integral é crucial a proximidade física. Assim, a coresidência torna-se preponderante para a escolha do cuidador informal. Porém, também a coresidência implica o estabelecimento de uma relação de proximidade e segurança essencial no processo de cuidar (SEQUEIRA, 2006). Relativamente ao género é possível afirmar que maioritariamente, os cuidadores são do sexo feminino. Se houver uma retrospeção compreende-se que a mulher apresenta em toda a história uma predisposição para o cuidar do outro (MARTINS, 2006; SEQUEIRA, 2010; OE, 2011).

Ao recordarmos que a população se está a tornar cada vez mais envelhecida facilmente se compreende que terão de ser as gerações mais novas a assegurar a assistência informal dos cuidados. Neste sentido, os condicionalismos dos descendentes tornam-se relevantes, para a nomeação do prestador de cuidados principal. Para o efeito, é necessário haver predisposição e inércia para o cuidar. Associados a estes surgem as contrapartidas de vida social, moral, emocional e económica (SEQUEIRA, 2006). Grande parte dos cuidadores informais considera que o fazem por obrigação e não por sentimento de responsabilidade familiar (OE, 2011).

Múltiplos são os fatores que levam à determinação da pessoa que irá assumir a responsabilidade de cuidar. Entre os fatores aqui apresentados outros autores defendem que as características pessoais do cuidador, os seus valores culturais ou até mesmo a sua posição face ao envelhecimento são preponderantes para o assumir do papel de prestador de cuidados (SEQUEIRA, 2010).

Nolan e seus colaboradores (1996) afirmam que *a prestação de cuidados informais é um processo dinâmico e complexo pelas alterações que sofrem ao longo dos tempos, devido às alterações da própria doença, ao tipo de dependência que gera, ao contexto familiar, tipo e fase do ciclo vital da família, às atitudes e crenças familiares e à rede de apoio que têm* [NOLAN, et al., cit. por MARQUES (2007, p.72)].

Greenwood e seus colaboradores (2008) referem que cuidar de alguém surge como um impacto negativo na vida do cuidador. Esse facto relaciona-se com o confronto com o inesperado. Incontornavelmente são condicionados a

desempenhar um papel para o qual não estão preparados e, não têm qualquer suporte (GREENWOOD, *et al.*, 2008). Em Portugal, o familiar cuidador não tem acesso facilitado na sua capacitação junto de profissionais de saúde. No que respeita à população idosa o Ministério da Saúde desenvolveu dentro do Plano Nacional de Saúde um programa Nacional para Pessoas Idosas. Este contempla estratégias que visam o envelhecimento ativo através da promoção da autonomia e a promoção. Porém, fraca é a referência aos prestadores de cuidados (DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE, 2012).

Já a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), em 2006, surgiu como uma forte ferramenta para aqueles que têm pessoas dependentes a cargo. Apresentam uma organização estratificada com critérios que permitem a igualdade de acesso a todos os cidadãos. Porém, *o número de idosos muito idosos continuará a aumentar devido ao crescente aumento da esperança média de vida* (SOUSA, 2011, p. 20) e, atualmente a RNCCI já se encontra saturada. Contudo, as instituições de cariz social e/ou particular vêm por vezes, colmatar as necessidades das comunidades locais. Surgem assim respostas sociais como: estruturas residências para idosos, com vagas para descanso do cuidador, serviços de apoio ao domicílio e, centros de dia/convívio.

Todavia, é real a problemática associada à escassez de conhecimentos associados ao cuidar. Sequeira (2010) acrescenta que a *família merece especial atenção para ser capacitada na prestação de cuidados, em articulação com as diferentes instituições de saúde* (SEQUEIRA, 2010, p. 153).

Por outro lado, o próprio familiar cuidador deverá tomar consciência das suas capacidades e necessidades. Se o familiar cuidador não for consciente dos seus próprios limites, o ato de cuidar poderá ser considerado como um fator de stress (ROCHA e PACHECO, 2013).

## 1.2. Transição para o papel de familiar cuidador

As transições implicam uma mudança, porém nem todas as mudanças são consideradas uma transição (MELEIS, *et al.*, 2000). A transição é então um

processo que acompanha a mudança de um estado para outro e que poderá conduzir a desequilíbrios (ABREU, 2008).

Meleis e seus colaboradores desenvolveram trabalhos empíricos em que estudaram várias experiências de transição. Com os resultados obtidos desenvolveram uma teoria que inclui três domínios: a natureza das transições, as condições das transições e os padrões de resposta (teoria de médio alcance). Será com base nesta que iremos analisar a transição para o papel de familiar cuidador.

Para os autores existem quatro tipos de transições: 1) de desenvolvimento; 2) situacionais; 3) saúde/doença e 4) organizacionais. O primeiro tipo de transição está associado às mudanças no ciclo vital. As transições situacionais associam-se aos acontecimentos que envolvem mudança de papéis. Por outro lado, as transições saúde/doença relacionam-se com modificações na saúde e por último, as transições organizacionais resultam de alterações que ocorrem no ambiente social e político e/ou institucional. De referir que os vários tipos de transições não se excluem entre si, ou seja, é possível que o mesmo indivíduo esteja envolto em vários tipos de transição em simultâneo (MELEIS, 2007). No que respeita à experiência na prestação de cuidados poderá considerar-se incluída em vários tipos de transição, em especial as de desenvolvimento, situacionais e saúde/doença.

Assim, compreende-se que as transições são complexas e multidimensionais e reúnem diversas propriedades como a consciencialização, o envolvimento, a mudança e diferença, o espaço de tempo e os pontos ou incidentes críticos.

Para se iniciar um processo de transição é determinante a consciencialização. É necessário haver a perceção da situação que está na base da transição. Apenas através da consciencialização é que a pessoa inicia um processo de mudança a fim de obter o equilíbrio. O impacto com a prestação de cuidados poderá ser visto como um incidente promotor de uma transição. As situações em que *a família se depara com a necessidade de cuidar de um dos seus membros dependentes, sobretudo perante situações prolongadas, constituirão um cenário potencial de crise* (PETRONILHO, 2007, p. 33). O processo de transição poderá apresentar variâncias entre o saudável e o patológico (MELEIS, et al. 2000). Assim, os familiares cuidadores devem ser alvo de atenção dos profissionais, a fim de promover a gestão emocional e prevenção

de situações de exaustão (ABREU, 2008; MARTINS, 2006; NETTO, 2007). O fenómeno stress está presente na maioria dos processos de transição, pelo confronto com os incidentes geradores da necessidade de cuidar (ARAÚJO e LAJE *cit. por* FONSECA, 2014).

Todavia, através da consciencialização a pessoa irá envolver-se no processo de mudança. O grau de participação e de interesse será reflexo do envolvimento que a pessoa apresenta no seu processo de transição. Por outro lado, o nível de consciencialização será determinante para o nível de envolvimento e mudança. Esta determinante é essencial pois, está na fundamentação para a rotura de identidade. Na base dessa mudança encontram-se incidentes críticos fortemente provocadores de desequilíbrios. Associada à mudança surge a diferença, que se traduz na visão diferente que a pessoa adquire após a vivência do incidente crítico.

Pela complexidade das transições o espaço e o tempo tornam-se uma propriedade igualmente considerável. As transições ocorrem num determinado intervalo de tempo cujo início é identificável porém, a vivência do processo de transição não é estável. Apresenta uma forte vertente de variabilidade até porque poderá haver a necessidade de se reavaliar os resultados (MELEIS, *et al.* 2000). O familiar cuidador nem sempre tem noção objetiva do momento em que inicia o papel de cuidador. Pois, não há a plena consciencialização/perceção de si enquanto protagonista nesse papel. Porém, no decorrer da experiência de cuidar poderão surgir acontecimentos (incidentes críticos) que poderão vir a impedir a fluente transição no tempo (FONSECA, 2014).

Os pontos ou incidentes críticos surgem como uma propriedade potenciadora da consciencialização e por consequência, do restante processo. Estes são momentos de maior vulnerabilidade que, de acordo com a consciencialização da pessoa, poderão ser promotores de mudanças saudáveis ou pelo contrário, potenciadoras de desequilíbrios. Na resposta ao evento, a pessoa adota determinados comportamentos, que podem ser observáveis ou não, e que englobam processos internos, bem como de contexto sociocultural (MELEIS, 2007). A experiência do cuidar poderá colocar o familiar cuidador numa posição desfavorável no que respeita ao seu bem-estar físico, psicológico, social ou até financeiro (PAOLETTI, 2007 *cit. por* FONSECA, 2014).

Para Meleis e seus colaboradores, existem fatores que podem facilitar ou dificultar o processo de transição. Estes podem agrupar-se em: pessoais, da comunidade e da sociedade. Associados aos fatores pessoais surgem os significados, as crenças, as atitudes, o estrato socioeconómico, a preparação e o conhecimento. Relativamente, aos fatores da comunidade e da sociedade refere-se aos recursos externos existentes. Em suma, tanto os fatores internos como os externos poderão ser determinantes para a vivência de um processo de transição. Segundo Sequeira (2010) há variáveis cruciais que entram em interação no processo de transição do familiar cuidador, nomeadamente, condições pessoais como a idade, o sexo, o estado civil e a escolaridade. Também o estado de saúde (perceção do estado de saúde, queixas de saúde, vigilância e cuidados de saúde e morbilidades) torna-se relevante neste processo. O autor considera ainda que, a história de vida, a autoestima, o autoconceito, os *locus* de controlo, e a personalidade do familiar cuidador são preponderantes. Por outro lado, apresenta-se ainda como significativo a dinâmica familiar (SEQUEIRA, 2010).

Como forma de acompanhamento do processo de transição, Meleis e seus colaboradores consideraram ainda a existência de padrões de resposta. Estes poderão ser indicadores de processo ou indicadores de resultado. Como indicadores de processo, os autores consideram o sentimento de pertença - sentir e estar ligado, ou seja, é preponderante a ligação que a pessoa tem ao que a rodeia, nomeadamente aos profissionais e família que acompanham o processo de transição. Também a interação que estabelece com estes poderá espelhar a direção da transição. Do mesmo modo, surge o *estar ligado* no tempo e no espaço pois, permite a compreensão de questões fundamentais, nomeadamente o como e porquê determinada situação.

Por outra via, e ainda dentro dos indicadores de processo surge o desenvolvimento de confiança e coping. Estes permitem potenciar os níveis de segurança da pessoa que percorre um processo de transição. O recurso a mecanismos de coping eficazes, permitem uma melhor adaptação face ao novo contexto.

Como indicadores de resultado os autores consideram a mestria e a integração fluída da identidade. Relativamente à mestria, a pessoa apenas atinge quando há um progresso favorável das suas capacidades. Esta permite ao

indivíduo viver a transição com sucesso e traduz o término da vivência do processo de transição. Para a aquisição de mestria é imprescindível que a pessoa adquira sólidos conhecimentos e encontre uma forte rede de suporte social. Porém, é ainda vital a consciencialização sobre si mesmo, ou seja, das suas potencialidades/fragilidades e recursos (*self/eu*).

No que respeita à integração fluida da identidade, esta representa a totalização dos comportamentos, pensamentos e competências. Por outras palavras, representa a modificação completa da identidade. De referir que os autores sugerem outros indicadores de resultado igualmente relevantes: a qualidade de vida, adaptação, capacidade funcional, auto atualização e transformação pessoal.

Segundo Petronilho (2007), se a pessoa possuir recursos para fazer frente à situação de crise apresenta maior hipótese de percorrer uma transição saudável e atingir a mestria e a integração fluida de identidade (PETRONILHO, 2007). Quando o familiar cuidador não apresenta recursos de apoio, ou quando não os utiliza para responder à situação de crise, perturba-se e reduz as suas capacidades. Nestas situações, o familiar cuidador inicia um período patológico e carece de ajuda externa para encontrar a resolução (MARTINS, 2002). Quando não há uma evolução saudável no processo de transição surge a sobrecarga. Este termo é vulgarmente utilizado para representar o fardo que recai sobre os prestadores de cuidados comprometendo a qualidade de vida dos mesmos (ROLO, 2009; PETRONILHO, 2010).

Para a vivência saudável da transição para o papel de familiar cuidador são cruciais as estratégias de *coping*. Estas estratégias adaptativas permitem ao cuidador zelar pela sua saúde mas também, e de modo indireto a saúde de quem recebe os cuidados (ROCHA E PACHECO, 2013).

De referir que cada pessoa é única e como tal, o processo de transição para o papel de familiar cuidador não é comum para todos os que vivenciam essa experiência (SCHUMACHER, *et al.*, 2000).

Dentro da sua teoria, Meleis e seus colaboradores referem-se ainda às terapêuticas de enfermagem. Estas não são equivalentes a intervenções de enfermagem pois, visam a intencionalidade das ações. Enquanto as intervenções se focam no alcance dos resultados (MELEIS, *et al.* 2000). Para os profissionais de saúde é essencial a compreensão alargada do indivíduo e do seu contexto

envolvente. Haverá uma prática de qualidade quando os profissionais se descentralizarem dos resultados de apenas uma problemática e se debruçarem sobre a intencionalidade das ações dos indivíduos.

Todavia, é real a problemática associada à escassez de conhecimentos associados ao cuidar. Sequeira (2010) acrescenta que a *família merece especial atenção para ser capacitada na prestação de cuidados, em articulação com as diferentes instituições de saúde* (SEQUEIRA, 2010, p. 153).

Por outro lado, o próprio familiar cuidador deverá tomar consciência das suas capacidades e necessidades. Se o familiar cuidador não for consciente dos seus próprios limites, o ato de cuidar poderá ser considerado como um fator de stress (ROCHA e PACHECO, 2013). Assim sendo, faz sentido perceber o conceito de autoeficácia.

### 1.3. Autoeficácia no familiar cuidador

Autoeficácia é o conceito que designa a percepção das pessoas no que respeita à compreensão das suas capacidades e habilidades no desempenho de determinada tarefa (BANDURA, 1997). Na base deste conceito está a teoria da aprendizagem social, fundamentada por Bandura (1997). Esta foi posteriormente atualizada dando lugar à atual teoria social cognitiva.

Esta teoria assenta no princípio que o comportamento é determinado pela harmonização entre os aspetos pessoais (físicos e cognitivos) e o ambiente externo. De referir que para o autor, os aspetos pessoais dizem respeito aos eventos do *self*/eu que autorregulam o ser humano através de mecanismos de referência. E o ambiente externo, surge como campo de experiências que permitem ao indivíduo processá-las e transformá-las e assim, estas interferem ativamente nos processamentos cognitivos do indivíduo e posteriormente no seu comportamento (BANDURA, AZZI e POLYDORO, 2008).

Através desta contextualização, o autor da teoria considera que autoeficácia não mais é que a opinião da pessoa sobre as suas próprias capacidades no desempenho de tarefas influentes na sua vida (BANDURA, 1997). A percepção desta *influencia a forma como as pessoas sentem, pensam e se comporta, sendo um*



*sistema importante para que o indivíduo atinja os seus objetivos e execute com sucesso as tarefas a se propõe* (ARAÚJO e MOURA, 2011, p. 96).

A crença de autoeficácia que o indivíduo tece sobre si mesmo, determina fortemente os processos cognitivos, motivacionais, afetivos e de seleção. Deste modo, os indivíduos com um forte senso de autoeficácia poderão atingir facilmente níveis elevados de motivação e bem-estar. Por outro lado, os indivíduos que questionam as suas capacidades poderão ser alvos frágeis em contextos de stress. Através dos processos de seleção, os indivíduos serão ou não capazes de criar ambientes benéficos e exercer algum controlo sobre estes. O ambiente social, segundo o autor, tem uma forte influência no comportamento do ser humano (BANDURA, 1997).

Segundo Bandura (1997) existem quatro fontes de influência para a autoeficácia: as experiências de mestria, as experiências vicárias, a persuasão social e os estados somáticos e emocionais. As experiências de mestria surgem após um percurso de experiências pessoais vivenciadas com superação de obstáculos. Muitas vezes são designadas por experiências de domínio pois, o indivíduo sente que após a sua experiência reúne tudo o que considera necessário para a superação de obstáculos. Por outro lado, as experiências vicárias relacionam-se com a observação de modelos de sucesso a vivenciarem experiências semelhantes à sua realidade. Porém, as palavras e expressões sinceras de incentivo, também apresentam forte influência na potencialização da autoeficácia (persuasão social). Por fim, também os estados emocionais surgem como fortemente influentes no processo de compreensão da autoeficácia. Os estados físicos e emocionais poderão mesmo ser determinantes neste processo.

Na construção dessa auto-percepção, o autor alerta para os desvios da realidade. Estes surgem quando o indivíduo se consciencializa para capacidades e habilidades que não possui. Essa auto-percepção errônea da realidade poderá conduzir a prejuízos perniciosos no *self* do indivíduo (BANDURA, 1997).

Deste modo, poderá afirmar-se que a percepção da autoeficácia conduz à compreensão de um padrão de resposta e assim, prever os comportamentos perante determinados contextos. *Os indivíduos com uma percepção mais elevada de autoeficácia geral, têm uma maior capacidade para controlar acontecimentos stressantes e uma maior determinação no momento de resolver*

*essas situações, independentemente do tipo de problemática* (SCHWARZER e SCHMITZ, 2004 cit. por ARAÚJO e MOURA, 2011, P. 97).

O papel de cuidador exige do familiar habilidades e capacidades específicas para um bom desempenho dessas tarefas. Porém, esse nível de conhecimentos e competências estão, muitas vezes, aquém de um familiar cuidador leigo na área (SCHUMACHER, *et al.*, 2000). Todavia, se através de uma avaliação da autoeficácia se poderá prever padrões de resposta, torna-se relevante a compreensão da autoeficácia do familiar cuidador.

Haley e seus colaboradores descrevem o conceito de autoeficácia para o familiar, como *a confiança do cuidador sobre o quão bem está a gerir os problemas do seu familiar dependente no autocuidado* (HALEY, *et al.*, cit. por COSTA, 2013, p. 79). Através da percepção autoeficácia é possível compreender o nível de esforço e empenho que o familiar cuidador irá empregar na superação dos obstáculos associados ao cuidar. A autoeficácia influencia francamente o modo como o indivíduo sente, pensa e por consequência se empenha e/ou age (BANDURA, 1997).

As crenças de autoeficácia estão intimamente relacionadas com as experiências de mestria. Assim, Schumacher e seus colaboradores (2000) estabeleceram, para cuidadores de pessoas submetidas a quimioterapia, sessenta e três indicadores de competência de cuidar, inseridos em nove dimensões que se agrupam nas múltiplas competências avaliáveis. As dimensões sugeridas por estes autores são: monitorizar, interpretar, decidir, agir, ajustar, providenciar, aceder a recursos, trabalhar em parceria e negociar com o cuidando (SCHUMACHER, *et al.*, 2000). Através da avaliação destas dimensões, o profissional conseguirá compreender o nível de qualidade de cuidados prestados pelo familiar cuidador. Importante será recordar que à luz da teoria de médio alcance, desenhada por Meleis e seus colaboradores, a mestria apenas se torna possível quando existe consciencialização. O processo de transição para o papel de familiar cuidador implica inúmeras determinantes entre elas: as expectativas, os conhecimentos e habilidades, o ambiente, os níveis de satisfação física e emocional. Porém, esse processo não decorre de forma saudável se não houver a adequada consciencialização do familiar cuidador (MELEIS, 2010).

Assim, a compreensão da autoeficácia torna-se crucial para o familiar cuidador mas também, para o profissional de saúde que acompanha o processo. Ao compreender as áreas em que os familiares apresentam maiores dificuldades permitem direcionar as intervenções dos profissionais (COSTA, 2013). Schumacher e os seus

colaboradores acrescentam que os familiares cuidadores carecem de um acompanhamento de profissionais de modo a suplementar a sua autoavaliação (SCHUMACHER, *et al.*, 2000).



## CAPÍTULO II - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

A investigação visa a produção de uma base científica que permita orientar a prática e a credibilidade de uma profissão (FORTIN, 2009). No presente capítulo pretende-se descrever e clarificar as decisões de natureza metodológica que orientaram o estudo realizado. Assim, ambiciona-se a descrição dos participantes e materiais, bem como os procedimentos e considerações éticas. Por fim, será apresentada uma breve abordagem à análise e tratamento da informação.

### 2. Método

Este estudo apresenta como principal objetivo o estudo das propriedades psicométricas de uma versão reduzida da escala de autoeficácia do familiar cuidador.

O instrumento foi elaborado por investigadores da ESEP e destina-se a medir a autoeficácia do familiar cuidador, atendendo aos vários domínios do fenómeno em estudo. O presente estudo, pelo objetivo que visa, integra-se no paradigma quantitativo - *processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis* (FORTIN, 2009, p. 22). Trata-se de um estudo metodológico (visa a validação de um instrumento de medida escrito na língua original) e transversal pois, a colheita de dados realiza-se num momento único (POLIT E HUNGLER, 1995).

## 2.1. Participantes

Os participantes foram recrutados através de uma amostra de conveniência de familiares cuidadores de pessoas dependentes no domicílio, residentes no concelho de Vila Nova de Gaia. O método de amostragem selecionado foi não probabilístico, accidental. *Este tipo de amostra é constituída por sujeitos facilmente acessíveis e estão presentes num local determinado, num momento preciso* (FORTIN, 2009, p. 208). Esta pode não ser representativa da população e apenas foram contactados o número de sujeitos necessários para perfazer a amostra. O tamanho da amostra foi calculado de acordo com o número de itens do instrumento a validar. De acordo com Ribeiro (2010), é satisfatório considerar dez participantes por cada item a validar (RIBEIRO, 2010). Assim, atendendo que o instrumento é constituído por onze itens o  $n$  da amostra deveria no mínimo ser constituída por 110 prestadores de cuidados. Como critério de inclusão, apenas foram considerados na amostra familiares cuidadores com mais de 18 anos e sem qualquer défice cognitivo que impossibilitasse a participação livre e consciente no estudo.

## 2.2. Materiais

O instrumento original foi construído para avaliar a percepção de autoeficácia do familiar cuidador no contexto de cuidar.

A elaboração do instrumento teve por base os indicadores descritos por Schumacher e seus colaboradores (2000). Tal como já foi descrito no capítulo I, a autora sugere nove domínios que agrupam inúmeras competências avaliáveis. Assim, para cada autocuidado foram definidos um conjunto de habilidades de acordo com os domínios traçados nos trabalhos de Schumacher (2000). Essas habilidades são avaliadas através de uma escala de concordância de cinco pontos.

Desde 2007 este instrumento é usado em várias investigações que estudaram o fenómeno de prestação de cuidados em contexto domiciliário. Após alguns estudos e ouvidos os investigadores sobre o comportamento dos participantes face à sua aplicação, parece haver alguma redundância de questões ditando assim, a necessidade de fazer uma revisão deste instrumento. Nesse sentido, o instrumento foi alvo de um *debriefing* por um grupo de peritos, que através de métodos clinimétricos procedeu à seleção de onze itens, constituindo assim a versão reduzida a ser estudada. A EAFC oferece quatro opções de escolha. O familiar poderá autoavaliar-se entre 1) Incompetente, 2) Pouco competente, 3) Medianamente competente e 4) Muito competente. O preenchimento deste instrumento não tem por finalidade a obtenção de um *score* de ponderação (Anexo I).

Com o objetivo de verificar a validade dos dados recolhidos, recorreu-se ao uso da *Escala de Autoeficácia Geral* (GSE) validada para a população portuguesa por Araújo e Moura (2011). *Trata-se de um instrumento de autorrelato que pretende avaliar o sentimento geral de competência pessoal para lidar eficazmente perante uma variedade de situações stressantes* (ARAÚJO E MOURA, 2011, p. 98). É composto por dez itens cada um com quatro alternativas de resposta: 1) de modo nenhum; 2) dificilmente é verdade; 3) Moderadamente verdade; 4) Exatamente verdade (Anexo II). Esta escala permite obter uma pontuação entre os 10 e os 40 pontos. Valores mais elevados revelam maiores níveis de autoeficácia.

Paralelamente foram recolhidos dados sobre o familiar dependente, para o efeito recorreu-se a instrumentos como o índice de Barthel, Escala de Lawton e Brody, ASA-A e FADA<sup>1</sup>. Respetivamente o primeiro diz respeito a um instrumento que avalia o nível de independência do indivíduo através das atividades de vida diária. Esta é constituída por dez questões cuja ponderação varia entre de 0 a 20 pontos, sendo as cotações mais reduzidas sinónimo de menor funcionalidade e o inverso para valores mais elevados (BARTHEL E MAHONEY, 1965 cit. por ARAÚJO, *et al.*, 2007) (Anexo III).

Já a escala de Lawton e Brody trata-se de um instrumento que determina o nível de dependência do indivíduo através das atividades instrumentais. Trata-se de

---

<sup>1</sup> Este instrumento foi alvo de um estudo independente conduzido por outro investigador. Ambos os estudos partilharam a mesma amostra.

um instrumento composto por oito questões com quatro hipóteses de resposta cada. No final é realizado o somatório das mesmas oferecendo uma pontuação que poderá flutuar entre os 0 e os 23 pontos. Pontuações mais elevadas revelam menor dependência em atividades instrumentais do que os valores mais baixos (ARAÚJO, *et al.*, 2008) (Anexo IV).

O ASA-A trata-se de um instrumento que avalia o autocuidado objetivo e subjetivo, baseando-se na teoria do défice do autocuidado de Orem. Este é um instrumento composto por 24 questões com uma forma de avaliação através de uma escala de Likert, variando entre o “Discordo totalmente” e o “Concordo totalmente” (Anexo V).

O FADA, avalia a capacidade para o autocuidado da pessoa dependente, foi também desenvolvido no âmbito do estudo “Famílias que integram dependentes no autocuidado” desenvolvido pela ESEP (Anexo VI). Este é um formulário composto por 29 itens agrupados em 11 domínios. Cada item é avaliado através de uma escala de Likert que varia entre “Dependente não participa” e “Completamente dependente”. Através deste é possível uma caracterização descritiva da dependência no autocuidado.

### 2.3. *Procedimentos e Considerações Éticas*

No decorrer do estudo, foi imperativa a preocupação com a salvaguarda de considerações éticas. Assim, em janeiro de 2014 foram enviados pedidos de autorização às direções da Santa Casa da Misericórdia de Gaia e ao Centro Social e Paroquial de Oliveira do Douro (Anexo VII). Tratam-se de duas instituições cujas respostas sociais são equivalentes, ambas têm estruturas residenciais para idosos com vagas para descanso do cuidador, centro de dia e apoio ao domicílio. Na autorização solicitada era explícito o interesse apenas aos utentes não institucionalizados. Em ambas as instituições foi concedido o consentimento favorável para a participação do estudo (Anexo VIII).

Foi ainda pedida a autorização aos autores para o uso do GSE no presente estudo. À semelhança, também os autores prontamente consentiram o uso do instrumento por eles validado (Anexo IX).



Num período prévio à colheita de dados foram realizadas duas entrevistas, a pessoas com critérios para a inclusão no estudo. Estas visavam a realização de um pré-teste com o objetivo de identificar possíveis hiatos. Não foram detetados termos problemáticos ou com duplo significado, pelo que não surgiram alterações.

No período da colheita de dados, compreendido entre 19 de fevereiro a 30 de maio de 2014, foram contactados 117 prestadores de cuidados. A cada participante foi solicitada a assinatura consciente e livre de um consentimento informado (Anexo X). Assim, totalizam-se 69 pessoas incluídas na resposta social serviço de apoio ao domicílio, e 48 de centro de dia de ambas as instituições supracitadas.

Como estratégia de contacto com os familiares cuidadores que reuniam critérios de inclusão para o estudo foi efetuado um contacto telefónico para solicitar a sua participação e anuência. Caso o familiar cuidador mostrasse vontade em participar era agendada uma entrevista. No momento do contacto presencial era lido e assinado o consentimento informado. Este apenas era entregue após a explicitação dos objetivos do estudo dos procedimentos e do tipo de informação que seria auscultada.

Após o preenchimento dos instrumentos estes foram devidamente codificados de modo a garantir a confidencialidade dos dados. Posteriormente estes foram introduzidos e transportados para uma base de dados. Para o efeito recorreu-se ao software: TELEFORM<sup>®</sup> e PASW<sup>®</sup> versão 21.0.

#### *2.4. Análise e Tratamento da Informação*

No tratamento dos dados utilizou-se o SPSS- IBM 22.0, enquanto ferramenta para o tratamento dos dados obtidos.

Optou-se pela utilização da estatística paramétrica. Numa primeira fase realizou-se uma análise exploratória dos dados pela descrição univariada das variáveis e com recurso às medidas de tendência central, participação e dispersão.

Com o propósito de avaliar a força de associação entre as variáveis contínuas recorreu-se à correlação de *Pearson*. No que respeita a leitura dos valores de  $r$ , assume-se que correlações fracas terão se  $r \leq 0,2$ ; correlações moderadas:  $0,2 < r \leq 0,4$  e correlações fortes:  $0,4 < r \leq 0,6$  (GREEN, *et al.*, 2013; PALLANT, 2001). Segundo Martins (2006), no âmbito das ciências sociais e do comportamento, as relações entre as variáveis tendem a apresentar pouca expressividade, sendo expectável valores mais baixos do que os sugeridos por Pestana e Gageiro (2005). Aquando da apresentação dos resultados os valores relativos à correlação são seguidos do valor da probabilidade associada é relacionado o  $p$  (PESTANA E GAGEIRO, 2005).

Na análise das diferenças entre duas variáveis contínuas independentes utilizou-se o teste *t de Student*. Torna-se relevante acrescentar que os dados do teste *t* são antecidos dos graus de liberdade e assistidos do valor de prova (valor de  $p$ ). Com a finalidade de avaliar a fidelidade das subescalas utilizou-se o coeficiente *alfa de Cronbach*, que nos permite compreender a medida de consistência interna da escala. Esta é obtida com base na média das intercorrelações entre todos os itens da escala. Para que haja uma boa consistência interna o valor de alfa deverá ser superior a 0,80 porém, são aceites valores superiores a 0,60 quando as escalas têm um número diminuído de itens (RIBEIRO, 2010).

Para agrupar os itens num conjunto homogêneo recorreu-se à análise dos componentes principais. Deste modo, é possível identificar a relação de um grupo de itens com diferentes dimensões que se revelam pelos valores de relação estatística mais elevados (RIBEIRO, 2010). Foi utilizada a rotação ortogonal segundo o método *Varimax*. Na confirmação do número de fatores foram seguidos os seguintes critérios: (1) eigenvalues  $>1$ ; (2) exclusão das cargas fatoriais  $<0,40$ ; (3) cada fator deve explicar no mínimo 5% da variância; (4) aplicação dos princípios de descontinuidade (ALMEIDA, *et al.*, 2008; POLIT E HUNGLER, 1995).

### CAPÍTULO III - RESULTADOS

Decorrido o percurso descrito no capítulo anterior, surge o momento de explorar os dados obtidos. No presente capítulo esses serão apresentados e explanados.

Inicia-se fazendo a apresentação descritiva dos dados. A tabela 1 apresenta os resultados da estatística descritiva, nomeadamente o valor mínimo e máximo, a média, o desvio padrão e coeficiente de simetria (*Skewness/std. Error of skewness*) e de achatamento (*Kurtosis/std. Error of Kurtosis*) dos itens do EAFC.

Tabela 1: Estatística descritiva dos itens da EAFC

	Mn	Mx	Média	Desvio padrão	Coeficiente de assimetria	Coeficiente de achatamento
1. Detetar sinais/ alteração da condição de saúde	2	4	3,59	,570	-4,812	0,293
2. Determinar horário, forma e local dos cuidados	2	4	3,72	,533	-8,275	5,568
3. Cumprir horário, forma e local estabelecido	2	4	3,79	,448	-9,046	7,279
4. Alterar cuidados de acordo com as necessidades	1	4	3,59	,677	-7,004	3,677
5. Obter dispositivos	1	4	3,55	,692	-7,115	4,847
6. Obter ajuda de profissionais	2	4	3,72	,501	-7,307	3,861
7. Obter a ajuda de parentes	1	4	3,70	,586	-9,482	9,993
8. Prestar cuidados	1	4	3,59	,652	-6,858	4,058
9. Promover a participação do familiar nas decisões	1	4	3,56	,715	-7,284	4,434
10. Incentivar o familiar a participar nos cuidados	1	4	3,57	,725	-7,436	4,353
11. Negociar alterações aos cuidados com os profissionais	1	4	3,56	,726	-7,284	4,141

Através da tabela 1 compreende-se que poucos familiares consideram-se “Incompetentes”, leitura efetuada pelo valor mínimo, mas não em todos os itens pois, no que respeita a “Detetar sinais de alteração da condição”, “Determinar e cumprir horário, forma e local” e “Obter ajuda de profissionais” há um pequeno número de familiares cuidadores que se consideram “pouco competentes”. É porém notável que o valor máximo e de forma uníssona assinalada para todos os itens, considerando-se os familiares cuidadores “Muito competentes”.

Os cuidadores mostram assim ter valores elevados de autoeficácia em todas as questões da escala. O item “Cumprir o horário, forma e local estabelecido” foi o que teve um valor médio mais elevado, de 3,79 (DP=0,448). O item com o valor médio mais baixo foi “Obter dispositivos” (M=3,55; DP=0,692).

Relativamente à simetria a distribuição apresenta um desvio positivo (assimétrica positiva), e leptocurtica quanto ao seu achatamento.

Tentando analisar a matriz de correlação dos itens da escala (tabela 2) vemos que cada item se correlaciona com os demais, com uma correlação normalmente forte ou muito forte. Também cada item apresenta uma correlação muito forte com o EAFC global. Estes resultados vêm confirmar, de alguma forma, a consistência interna do referido instrumento, mostrando a sua grande correlação dos itens, sem contudo se registar redundância.

Tabela 2: Matriz de correlação dos itens da EAFC

	EAFC Global	Item 1	Item 2	Item 3	Item 4	Item 5	Item 6	Item 7	Item 8	Item 9	Item 10
Item 1	0,847**										
Item 2	0,820**	0,723**									
Item 3	0,802**	0,607**	0,770**								
Item 4	0,922**	0,741**	0,718**	0,646**							
Item 5	0,901**	0,754**	0,723**	0,693**	0,840**						
Item 6	0,823**	0,620**	0,644**	0,665**	0,690**	0,722**					
Item 7	0,707**	0,597**	0,524**	0,610**	0,580**	0,563**	0,647**				
Item 8	0,905**	0,747**	0,746**	0,701**	0,848**	0,816**	0,638**	0,602**			
Item 9	0,924**	0,717**	0,683**	0,703**	0,907**	0,771**	0,729**	0,591**	0,851**		
Item 10	0,894**	0,735**	0,657**	0,644**	0,831**	0,717**	0,748**	0,528**	0,810**	0,927**	
Item 11	0,895**	0,767**	0,672**	0,691**	0,823**	0,876**	0,741**	0,542**	0,749**	0,773**	0,769**

\*\* . Correlação significativa ao nível de 0.01.

\* . Correlação significativa ao nível de 0.05.

**Legenda:** **Item 1** - Incentiva o seu familiar a andar sozinho? **Item 2** - Incentiva o seu familiar a utilizar sozinho a cadeira de rodas?; **Item 3** - Incentiva o seu familiar a participar na transferência da cama para a cadeira/cadeirão?; **Item 4** - Incentiva o seu familiar a posicionar-se?; **Item 5** - Incentiva o seu familiar a levantar-se (por se de pé)?; **Item 6** - Incentiva o seu familiar a sentar-se?; **Item 7** - Incentiva o seu familiar a usar o sanitário?; **Item 8** - Incentiva o seu familiar a comer sozinho?; **Item 9** - Incentiva o seu familiar a vestir-se e a calçar-se sozinho?; **Item 10** - Incentiva o seu familiar a lavar as zonas do corpo que é capaz?; **Item 11** - Incentivar o seu familiar a preparar/tomar sozinho os medicamentos?

**Tabela 3: Homogeneidade do EAFC segundo coeficiente de correlação item-total corrigido**

	<b><i>Alfa de Cronbach se item eliminado</i></b>
1. Detetar sinais de alteração da condição de saúde	0,960
2. Determinar horário, forma e local dos cuidados	0,961
3. Cumprir o horário, forma e local estabelecido	0,962
4. Alterar os cuidados de acordo com as necessidades	0,957
5. Obter dispositivos	0,958
6. Obter a ajuda de profissionais	0,961
7. Obter a ajuda de parentes	0,965
8. Prestar cuidados ao seu familiar	0,957
9. Promover a participação do seu familiar nas decisões	0,957
10. Incentivar o familiar a participar nos cuidados	0,958
11. Negociar alterações aos cuidados prestados pelos profissionais	0,958

Com o objetivo de avaliar outra faceta da consistência interna do EAFC versão reduzida determinou-se o valor de *alfa de Cronbach* para os onze itens, obtendo-se um valor de 0,963, indicativo de uma muito boa consistência interna, tendo por referência Ribeiro (2010). Pela visualização da tabela 3 podemos verificar que nenhum item prejudica o valor do coeficiente alfa.

Com a finalidade de agrupar os itens em conjuntos homogêneos realizou-se a análise de componentes principais, tendo sido encontrados valores de comunalidades elevados e um valor de KMO que se revelou aceitável (0,88). Da análise das componentes principais apenas uma componente foi extraída, com uma variância explicada de 74,10%, tal como se verifica na tabela 4, mostrando a natureza unidimensional do instrumento.

**Tabela 4: Matriz da componente extraída**

	Componente
	1
1. Promover a participação do seu familiar nas decisões	0,920
2. Alterar os cuidados de acordo com as necessidades	0,919
3. Prestar cuidados ao seu familiar	0,906
4. Obter dispositivos	0,901
5. Negociar alterações aos cuidados prestados pelos profissionais	0,894
6. Incentivar o familiar a participar nos cuidados	0,891
7. Detetar sinais de alteração da condição de saúde	0,854
8. Determinar horário, forma e local dos cuidados	0,837
9. Obter a ajuda de profissionais	0,835
10. Cumprir o horário, forma e local estabelecido	0,821
11. Obter a ajuda de parentes	0,719

Método de extração: Análise dos componentes principais.

Com o objetivo de se compreender a validade clínica dos dados recolhidos através do EAFC correlacionou-se com os dados obtidos através da GSE. Esta associação ( $r=0,354$ ;  $p=0,000$ ) mostra que existe uma correlação moderada entre ambos os conceitos. Assim, a versão reduzida a ser estudada parece medir o conceito de autoeficácia, sem contudo medir as mesmas facetas do conceito avaliada pela GSE.

Considerou-se ainda pertinente compreender a influência da autoeficácia do familiar cuidador face a outros dados associados ao dependente. Assim, foi avaliada a correlação entre EAFC e os dados recolhidos através do índice de Barthel ( $r=0,208$ ;  $p=0,025$ ), a escala de Lawton e Brody ( $r=0,082$ ;  $p=0,379$ ), ASA-A ( $r=0,07$ ;  $p=0,684$ ) e o FADA ( $r=0,141$ ;  $p=0,129$ ). Ou seja, a autoeficácia do familiar cuidador mostra estar proporcionalmente aumentada nas situações em que as pessoas alvo dos seus cuidados são mais dependentes nas atividades básicas da vida diária. Contudo, mostra não ser influenciada pela autonomia da pessoa cuidada nas atividades instrumentais da vida diária nem com a sua autonomia na gestão da saúde.

No caso do ASA-A parece haver ligeiramente maiores níveis de autoeficácia nos familiares cuidadores dos familiares dependentes que não foram capazes de preencher o referido instrumento ( $n=82$ ;  $M=40,60$ ;  $DP=5,163$ ) do que os que foram capazes de o preencher ( $n=35$ ;  $M=38,66$ ;  $DP=7,364$ ), contudo estas diferenças não são significativas sob ponto de vista estatístico.

Foi ainda explorada a associação entre o número de vezes que o cuidador recorreu ao serviço de urgência e a perceção de autoeficácia pelos cuidadores. Os resultados revelam-se marginalmente significativos ( $r=0,180$ ;  $p=0,051$ ), manifestando maior autoeficácia os cuidadores que mais recorreram ao serviço de urgência. Assim, os níveis de autoeficácia sentidos pelo familiar cuidador não são determinantes na decisão de encaminhar o familiar dependente para uma unidade hospitalar, nomeadamente para o serviço de urgência.

No que diz respeito aos recursos - serviços a tabela 5 espelha-nos a realidade da população inquirida.

**Tabela 5: Recurso a serviços**

	Sim		Não	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Acompanhamento do dependente em casa	12	8%	138	92%
Cuidados de higiene e conforto	119	79,3%	31	20,7%
Cabeleireiro, manicura e esteticista	60	40%	90	60%
Apoio no tratamento de roupa	37	24,7%	113	75,3%
Confeção e apoio de refeições	90	60%	60	40%
Aconselhamento e instalação de equipamentos	4	2,7%	146	97,3%
Apoio técnico na adaptação do domicílio	4	2,7%	146	97,3%
Apoio na compra de medicamentos	5	3,3%	145	96,7%
Apoio na compra de bens alimentares	4	2,7%	146	97,3%
Acompanhamento de dependente ao exterior	16	10,7%	134	89,3%
Acompanhamento em atividade lúdicas	108	72%	42	28%
Hospital	148	98,7%	2	1,3%
Teleassistência	1	0,7%	149	32%
112 – INEM	102	68%	48	32%
Centro saúde/USF	147	98%	3	2%
Linha Saúde 24	25	16,7%	125	83,3%



Estudando a associação entre os serviços descritos na tabela 5 e os níveis de autoeficácia avaliados através do EAFC, verificamos que na sua grande maioria não há diferenças significativas da autoeficácia entre os cuidadores que recorrem e que não recorrem aos serviços especificados. Apenas os serviços de “cabeleireira, manicura e esteticista” ( $t(117)=2,724$ ;  $p=0,012$ ), e “112 - INEM” ( $t(117)=3,03$ ;  $p=0,004$ ) apresentam diferenças significativas. Assim, quem não recorre ( $M=41,43$ ;  $DP=4,96$ ) a “cabeleireira, manicura e esteticista” mostra ter maior autoeficácia do que quem recorre ( $M=38,27$ ;  $DP=6,81$ ). Quem não recorre ao serviço de “Apoio no tratamento da roupa” tem maior sentimento de autoeficácia ( $M=40,38$ ;  $DP=5,67$ ) do que quem recorre ( $M=38,73$ ;  $DP=6,77$ ). O oposto surge com o recurso: “112 - INEM” ( $t(117) = 3,03$ ;  $p=0,004$ ). Quem recorre ( $M=41,29$ ;  $DP=4,82$ ) apresenta maior sentimento de autoeficácia do que quem não recorre ( $M=37,46$ ;  $DP=7,12$ ).

Ao analisar o poder de discriminação da GSE face ao uso de tipos de recursos, verificamos que também o GSE mostra diferenças estatísticas entre a perceção de eficácia dos cuidadores que recorrem ou não aos serviço de cabeleireira para os seus familiares ( $t(127)=2,712$ ;  $p=0,008$ ), aos que recorrem ou não à “confeção e apoio de refeições” ( $t(117)=3,401$ ;  $p=0,001$ ), aos que recorrem ou não ao “hospital” ( $t(117)=8,848$ ;  $p=0,0001$ ); aos que recorrem ou não ao INEM ( $t(117)=4,621$ ;  $p=0,0001$ ), aos que recorrem ou não à USF ( $t(117)=10,202$ ;  $p=0,0001$ ) e aos que recorrem ou não à linha de saúde 24 ( $t(117)=2,279$ ;  $p=0,027$ ). Os resultados mostram que quem recorre a estes serviços mostra ter menos autoeficácia do que quem não recorre.

O mesmo estudo foi realizado face a recursos do tipo profissionais/pessoais, tal como nos apresenta a tabela 6.

**Tabela 6: Recursos profissionais/pessoais**

	Sim		Não	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Assistente social	73	48,7%	77	51,3%
Enfermeiro	51	34%	99	66%
Fisioterapeuta	22	14,7%	128	85,3%
Médico	147	98%	3	2%
Nutricionista	35	23,3%	115	76,7%
Psicólogo	32	21,3 %	117	78%
Familiar	143	95,3%	7	4,7%
Vizinho	37	24,7%	113	75,3%
Amigo	5	3,3%	145	96,7%
Empregado	15	10%	135	90%

Comparando as diferenças de médias dos níveis de autoeficácia avaliado pelo EAFIC segundo os grupos apresentados na tabela 6, verificamos que há diferenças altamente significativas no recurso “Assistente social” ( $t(117)=5,05$ ;  $p=0,001$ ). Quem recorre e considera a assistente social como um recurso apresenta menor sentimento de autoeficácia ( $M=37,25$ ;  $DP= 7,03$ ) do que quem não recorre; ( $M=42,47$ ;  $DP=3,22$ ).

**Tabela 7: Condições de saúde do familiar dependente**

	Sim		Não	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Sinais de desidratação	9	6%	141	94%
Sinais de desnutrição	0	0%	150	100%
Obesidade mórbida	3	2%	147	98%
Comprometimento articular	91	60,7%	59	39,3%
Comprometimento da pele – Úlcera pressão	5	3,4%	145	96,7%
Comprometimento da pele – Ferida não tratada	1	0,7%	149	99,3%
Eritema pela fralda	7	4,7 %	143	95,3%
Má condição de higiene e asseio	9	6%	141	94%
Má higiene oral	13	8,7%	137	91,3%
Roupa suja	6	4,0%	144	96%
Quedas (Recentes)	31	20,8%	110	73,3%

Analisando o poder de discriminação da GSE, encontramos diferenças estatísticas na percepção da autoeficácia entre os cuidadores que recorrem ou não aos serviços da “assistentes sociais” ( $t(117)= 6,737$ ;  $p=0,000$ ), aos que recorrem ou não aos “enfermeiros” ( $t(117)=3,793$ ;  $p=0,0001$ ) e aos que recorrem ou não às consultas de psicologia ( $t(117)=2,243$ ;  $p=0,027$ ). Recorrer a estes profissionais mostra estar associado a uma menor autoeficácia. Também se registaram diferenças significativas entre os cuidadores que recorrem ou não aos “amigos” ( $t(117)=8,926$ ;  $p=0,0001$ ). Aqui os cuidadores que recorrem com frequência aos “amigos” no processo de cuidar de um familiar dependente mostram uma maior autoeficácia relativamente aos que não recorrem aos amigos.

Considerou-se ainda pertinente compreender a associação entre os níveis de autoeficácia do familiar cuidador com as condições de saúde do familiar dependente. A tabela 7 apresenta-nos a estatística descritiva da utilização destes recursos.

Procurou-se também aqui analisar as diferenças entre os familiares cuidadores, cujas pessoas sob seu cuidado apresentam condições de saúde que estivessem relacionadas com possíveis cuidados de saúde, onde o juízo fosse comprometido. Encontrou-se uma diferença significativa entre os níveis de percepção de eficácia avaliada pela EAFC ao nível da presença de “Eritema pela fralda” ( $t(117)= 4,30$ ;  $p=0,001$ ). Os familiares das pessoas dependentes que apresentam eritema têm maiores níveis de autoeficácia ( $M=43,29$ ;  $DP=1,49$ ) do que os que não apresentam eritema ( $M=39,81$ ;  $DP=6,06$ ). Não se registaram outras diferenças estatísticas entre o EAFC segundo as manifestações apresentadas (tabela 8).

Analisando o poder de discriminação da GSE (tabela 8) também encontramos diferenças estatísticas entre os níveis de autoeficácia avaliada por este instrumento nos cuidadores que tinham a pessoa dependente com sinais de desidratação e dos que não apresentavam sinais de desidratação ( $t(117)=2,597$ ;

$p=0,028$ ), dos que tinham familiares com e sem “sinais de mucosa secas” ( $t(117)=3,565$ ;  $p=0,001$ ) e em que os dependentes apresentavam ou não sujidade corporal visível no momento da entrevista ( $t(117)=2,729$ ;  $p=0,007$ ). A ausência dos sinais descritos está associada a uma maior autoeficácia. Um resultado interessante, tal como foi descrito relativamente ao EAFC prende-se com a presença do “eritema da fralda” nas pessoas dependentes está associado a uma maior autoeficácia nos cuidados ( $t(117)=2,298$ ;  $p=0,048$ ).

Tabela 8: Síntese dos recursos e condições de saúde

		EAFC						GSE					
		Sim		Não		<i>t</i>	<i>p</i>	Sim		Não		<i>t</i>	<i>p</i>
		<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Recurso a serviços	Acompanhamento do dependente em casa	41,44	5,08	39,90	6,01	-0,865	0,408	35,30	5,27	34,39	6,99	0,504	0,623
	Cuidados de higiene e conforto	39,89	6,14	40,55	5,09	0,518	0,608	34,42	6,88	34,67	6,89	1,566	0,876
	Cabeleireiro, manicura e esteticista	38,27	6,81	41,23	4,96	2,724	0,012	32,36	7,97	35,94	5,54	2,712	0,008
	Apoio no tratamento de roupa	38,73	6,77	40,38	5,67	1,137	0,263	34,56	7,50	34,45	6,72	-0,069	0,946
	Confeção e apoio de refeições	38,48	6,86	42,00	3,70	3,550	0,001	32,73	7,41	36,71	5,35	3,401	0,001
	Aconselhamento e instalação de equipamentos	33,66	10,50	40,18	5,76	1,070	0,395	28,33	11,93	34,63	6,69	0,910	0,457
	Apoio técnico na adaptação do domicílio	31,33	7,37	40,24	5,76	2,078	0,169	31,00	13,89	34,56	6,67	0,443	0,701
	Apoio na compra de medicamentos	44,00	0,00	39,91	5,98	-7,293	0,000	32,33	8,62	34,52	6,84	0,545	0,587
	Apoio na compra de bens alimentares	44,00	0,00	39,95	5,97	-7,278	0,000	37,00	3,00	34,40	6,92	-1,405	0,268
	Acompanhamento de dependente ao exterior	40,78	5,36	39,95	6,00	-0,439	0,670	33,30	7,26	34,58	6,84	0,535	0,603
	Acompanhamento em atividade lúdicas	39,89	5,59	40,05	6,07	0,132	0,895	33,20	7,28	34,90	6,69	1,127	0,625
	Hospital	40,10	5,95	35,00	2,83	-2,459	0,217	34,38	6,87	40,00	0,00	8,848	0,000
	Teleassistência	33,00	--	40,07	5,93	--	--	40,00	--	34,42	6,86	--	--
	112 – INEM	41,29	4,82	37,46	7,12	3,03	0,004	36,62	5,03	30,22	7,99	-4,621	0,000
	Centro saúde/USF	40,11	5,72	36,33	13,27	-0,492	0,068	34,65	6,84	27,33	0,57	-10,202	0,000
	Linha Saúde 24	39,79	4,77	40,07	6,23	0,243	0,809	36,74	4,76	33,93	7,18	-2,279	0,027

		EAFC						GSE					
		Sim		Não		t	p	Sim		Não		t	p
		M	DP	M	DP			M	DP	M	DP		
Recursos profissionais /pessoais	Assistente social	37,25	7,03	42,47	3,22	5,05	0,001	30,63	7,55	38,00	3,48	6,737	0,000
	Enfermeiro	38,80'	5,65	40,53	6,01	1,491	0,140	30,75	7,48	36,08	5,92	3,793	0,000
	Fisioterapeuta	39,46	5,96	40,09	5,96	0,383	0,706	35,55	5,67	34,28	7,05	-,847	0,404
	Médico	39,47	5,96	40,01	5,96	0,383	0,706	35,55	5,66	34,27	7,05	0,727	0,468
	Nutricionista	39,14	5,06	40,21	6,12	0,839	0,407	32,22	6,49	35,01	6,86	1,771	0,079
	Psicólogo	39,00	5,18	40,21	6,08	0,814	0,417	31,48	6,30	35,11	6,83	2,243	0,027
	Familiar	40,09	5,90	37,75	7,50	-0,619	0,578	34,60	6,80	30,50	8,34	-0,973	0,399
	Vizinho	40,60	5,87	39,82	5,99	-0,628	0,533	36,03	6,48	33,94	6,93	-1,500	0,140
	Amigo	41,80	3,19	39,93	6,03	-1,211	0,276	40,00	0,00	34,23	6,90	-8,926	0,000
	Empregado	38,00	5,67	40,25	5,95	1,293	0,217	34,08	4,051	34,52	7,14	0,335	0,741
Condições de saúde do familiar dependente	Sinais de desidratação	35,25	9,92	40,37	5,45	1,442	0,191	28,55	7,14	34,95	6,63	2,597	0,028
	Sinais de desidratação – Sinais de mucosa seca	33,87	10,25	40,47	5,30	1,802	0,113	27,00	8,01	35,08	6,42	2,948	0,017
	Sinais de desnutrição	--	--	40,02	5,94	--	--	--	--	34,47	6,85	--	--
	Obesidade mórbida	33,00	5,66	40,14	5,90	1,768	0,321	36,33	6,35	34,42	6,89	-0,513	0,656
	Comprometimento articular	39,38	6,12	40,90	5,63	1,366	0,175	34,17	7,06	34,90	6,60	0,567	0,572
	Comprometimento da pele – Úlcera pressão	41,00	--	39,95	6,04	--	--	38,00	--	34,31	6,93	--	--
	Comprometimento da pele – Ferida não tratada	41,00	--	40,00	5,96	--	--	34,44	6,88	38,00	--	--	--
	Eritema pela fralda	43,29	1,49	39,81	6,06	4,30	0,001	37,86	3,76	34,26	6,96	2,298	0,048
	Má condição de higiene e asseio	29,75	11,61	40,38	5,39	1,823	0,164	25,20	6,94	34,87	6,58	3,209	0,002
	Má higiene oral	38,92	6,79	40,15	5,85	0,703	0,484	33,08	7,80	34,63	6,76	0,658	0,522
	Roupa suja	28,33	13,80	40,32	5,40	1,50	0,271	21,33	6,03	34,81	6,55	3,185	0,001
	Quedas (Recentes)	40,22	4,66	40,00	6,13	-0,138	0,864	36,83	5,64	33,96	6,79	-,1888	0,069

## CAPÍTULO IV - DISCUSSÃO

O presente estudo utilizou uma amostra de familiares cuidadores referenciados em instituições e cujos familiares dependentes se encontravam inscritos em serviços de apoio ao domicílio ou centro de dia. Sobre os familiares dependentes sabe-se que maioritariamente são do sexo feminino (76%) e com idades compreendidas entre os 40 e os 100 anos, sendo que a média das idades é de 78,45 anos. No que respeita à escolaridade, há uma predominância de 86,7% em indivíduos com o ensino básico ou sem qualquer instrução. Outros estudos como objetivos similares compartilham desta caracterização do familiar dependente (FIGUEIREDO, 2007; IMAGINÁRIO, 2004; MARTINS, 2011; PEREIRA, 2011; SEQUEIRA, 2010; SILVA, 2011 e SILVA 2012). Porém, através do uso da EAFC não foi possível caracterizar o familiar cuidador. Todavia, e sendo que há evidência que a maioria dos familiares são conjugues, supomos que haja uma caracterização similar à descrita anteriormente, com familiares cuidadores já com alguma idade e provavelmente com uma escolaridade média baixa (MARTINS, 2006; SEQUEIRA, 2010; OE, 2011).

A ausência de dados sociodemográficos do familiar cuidador foi um lapso crasso ao qual nos sentimos desconfortáveis. A presença destes dados poderia enriquecer a análise de relações destas variáveis, nomeadamente idade, sexo, escolaridade, situação profissional, condições de vida da família, com a perceção da autoeficácia. Ao utilizarmos o questionário utilizado no projeto do estudo das Famílias clássicas com pessoas dependentes e face à extensão do mesmo, não conseguimos perceber que este não caracteriza o cuidador quanto às características sociodemográficas.

No que respeita às propriedades psicométricas da EAFC concluiu-se que esta é uma medida fidedigna, que se comprova através das correlações fortes ou

muito fortes entre os seus itens e pelo valor do coeficiente *alfa* de *Cronbach*. No que respeita à validade de construto o EAFC mostrou ser um instrumento unidimensional que explica 74,10% dos valores de autoeficácia relativa aos cuidados, o que vai de encontro à evidência teórica acerca da autoeficácia. Foi ainda avaliada a validade de critério através da correlação entre a EAFC e a GSE, os resultados mostram que apesar de ambos os instrumentos avaliarem a percepção de autoeficácia, estes diferem nas suas especificidades. De facto as questões da EAFC são direcionadas para a avaliação do familiar cuidador na prestação de cuidados básicos de higiene, alimentação, eliminação e segurança, enquanto a GSE foca aspetos mais abrangentes e complexos de tomada de decisão na área da saúde e de autocuidado.

Percebemos que a percepção da autoeficácia é no global, francamente positiva e que não é sobreponível à avaliação dos investigadores que os entrevistaram, percebia-se pelo discurso fragilidades nos conhecimentos e atitudes menos corretas na prestação dos cuidados e que não eram consciencializados pelos participantes. Os familiares cuidadores consideram-se, no global, competentes no seu trabalho, segundo um padrão que não foi por nós estudado. Seria interessante evoluir posteriormente na análise deste aspeto. Essa percepção poderá ser influenciada pelo carácter de autoavaliação do instrumento bem como, o relacionamento entre o investigador e o participante (TRIVINO E SANHUEZA, 2005). O conceito de autoeficácia apresenta-se como uma das variáveis psicossociais que influenciam a avaliação subjetiva do ser humano. Trata-se de um conceito que está presente quotidianamente porém, só em momentos considerados críticos é que lhe é atribuído o seu verdadeiro valor (PEIXOTO E SANTOS, 2009). O sentimento de autoeficácia percecionado pelos familiares cuidadores que participaram neste estudo poderá ainda ser influenciado pela conceção que o familiar tem sobre o cuidar. O mesmo cuidador que agora cuida de um familiar dependente por debilidades físicas e/ou cognitivas outrora experienciou o cuidar de alguém dependente por imaturidade orgânica (bebés e/ou crianças) [ROLLAND (2000) *cit. por* CARVALHO (2013); OE (2011) e SEQUEIRA (2007)]. Havendo esse pré-contacto com o cuidar há muitas vezes uma associação do padrão de cuidados a ser prestados. Assim, não há um ajuste à realidade do familiar dependente e torna-se incompreensível para o



familiar cuidador a complexidade dos cuidados a uma pessoa dependente ou com fragilidade na sua condição de saúde.

Através da análise inter-sujeitos constatamos que a autoeficácia mostra estar associada a situações que podem ser indicativas de baixa eficácia/competência na prestação de cuidados. A dependência nos diversos domínios de autocuidado parece aumentar o sentimento de autoeficácia por parte do familiar cuidador. Essa dependência está intimamente associada com as alterações orgânicas do envelhecimento seja este patológico ou não (LAGE E ARAÚJO, 2014). Esse sentimento poderá também associar-se ao fenómeno de substituição, em que o familiar cuidador substitui o familiar dependente de modo a facilitar a sua prestação. Contudo, há cuidados prestados por familiares dependentes que ultrapassam as suas capacidades e/ou habilidades. Neste sentido, o enfermeiro poderá constituir como elemento chave na potenciação dessas capacidades. Visando o alcance de mestria e por consequência um real sentimento de autoeficácia (PETRONILHO, 2013; LAGE e ARAÚJO, 2014). Este rumo de ideias leva-nos a refletir sobre o conceito de empoderamento. Este é descrito como sendo um processo de orientação que conduz a pessoa a acreditar em si, nas suas capacidades e potenciação das suas habilidades. Considera-se um conceito de difícil definição mas intimamente relacionado com a autoeficácia. Transversal a todos os autores é a emergência de dar poder e autonomia através das ferramentas que a própria pessoa possui (GIBSON, 1991; LORD e HUTCHISON, 1993; ROGERS, *et al.*, 1997). Leal (2006) refere que empoderamento *pode ser compreendido como um processo que leva a pessoa a acreditar nas suas capacidades para agir de forma independente e eficaz (processo que contribui para melhorar a sua perceção de autoeficácia, de competência e de controlo)* (LEAL, 2006, p. 191). Se o enfermeiro for capaz de capacitar o familiar cuidador, este irá melhorar a sua performance de atuação e talvez reencontrar o seu equilíbrio interno e por consequência a sua satisfação (COSTA, 2010).

Os familiares cuidadores que se assumem o tratamento estético e da roupa dos familiares dependentes sentem-se mais eficazes do que aqueles que não colaboram nestas atividades. Fenómeno que é explicado pelo assumir total de todos os cuidados ao familiar cuidador. Intimamente relacionado com a crença que o familiar cuidador tem, sobre o que é ser eficaz na prestação de cuidados. Relembra-se novamente a ideia de que não havendo

consciencialização do cuidar do familiar dependente adulto/idoso há uma transposição para os cuidados da saúde infantil onde há a necessidade de substituição total das atividades de vida diárias. Torna-se assim, importante que o familiar se confronte a sua verdadeira realidade. Esse confronto poderá guiar-nos para o conceito de resiliência. Este refere-se a um processo de adaptação e maleabilidade perante uma situação-problema, abandonando o conceito de resistência face aos cuidados (ANAUT, 2005). Porém, à semelhança de todos os processos descritos neste estudo, apenas se tornam possíveis se houver a consciencialização do familiar cuidador.

Por outra via, os familiares cuidadores que veem o assistente social como recurso apresentam menores níveis de autoeficácia. Muitas vezes, o recurso a profissionais surge num período em que já há a instalação de alterações severas na orgânica da relação familiar dependente/familiar cuidador. Há um vínculo expressivo no cuidar do outro que irradia todos os recursos potenciais nesse processo. Recorrer a recursos sejam eles técnicos ou profissionais é visto muitas vezes, como um quebrar do compromisso assumido perante uma sociedade (SEQUEIRA, 2010).

Os resultados explicitados no capítulo anterior mostram ainda que os familiares cuidadores que recorrem ao “112 - INEM” sentem maiores níveis de autoeficácia do que quem não recorre. Através deste dado poderá realizar-se uma leitura ambivalente. Poderá ser sinónimo que o familiar cuidador deteta eficazmente os sinais de alerta e encaminha devidamente o familiar dependente. Ou por outro lado, o familiar cuidador sente-se impotente face à situação problema, por falta de conhecimentos/habilidades e assim, surge um encaminhamento precoce/evitável a uma unidade hospitalar. Porém, esta última justificação conduz-nos para uma outra problemática. Observando os dados percebe-se que são poucos (16,7%) os que utilizam a “Linha Saúde 24” assim, poderá deduzir-se que os familiares cuidadores podem desconhecer tanto os recursos da comunidade como a organização destes.

Desse encaminhamento surgem advertências tanto para o familiar cuidador, como para o familiar dependente. Poder-se-á alargar e considerar ainda, os efeitos prejudiciais no que respeita ao contexto socioeconómico. Deste modo, seria pertinente a reorganização dos serviços de saúde e incluir

verdadeiramente uma filosofia centrada no utente e família (LAGE, 2007; COSTA, 2013).

Os cuidadores cujas pessoas alvo dos cuidados apresentavam “Eritema pela fralda” mostraram ter uma maior perceção de autoeficácia quando comparados com os cuidadores que tinham a seu cargo pessoas dependentes sem eritema da fralda. Este dado parece absurdo à partida. Como é que a presença de um sintoma que está associado à falta de cuidado e competência do cuidador pode estar associado à autoeficácia? A perceção de eficácia mostra assim estar distanciada da garantia da qualidade, sendo duas realidades distintas. A perceção de autoeficácia representa a convicção pessoal que se está a desempenhar uma atividade de forma correta, contudo se a pessoa não tem *feedback* sobre a sua competência poderá acreditar que está a agir corretamente quando de facto não está. Este dado mostra a carência de conhecimentos por parte do familiar cuidador pondo assim em risco a saúde de quem é cuidado.

Esta ideia corrobora a tese de Schumacher e seus colaboradores (2000) de que os familiares cuidadores não apresentam os devidos conhecimentos e competências para o desempenho do papel de familiar cuidador (SCHUMACHER, *et al.*, 2000). Recapitulando o conceito de autoeficácia, enquanto autoavaliação do indivíduo sobre as suas capacidades no desempenho das suas funções (BANDURA, 1997; ARAÚJO e MOURA, 2011), e articulando com a tese de Schumacher e seus colaboradores compreende-se a discrepância no sentimento de autoeficácia dos familiares cuidadores (SCHUMACHER, *et al.*, 2000). Assim, a consciencialização essencial para o processo de transição para o papel de prestador de cuidados fica comprometida. Todavia, não havendo um processo de transição em curso dificilmente surgem os mecanismos de adaptação eficazes determinantes para o processo de capacitação (MELEIS, *et al.*, 2000; PEIXOTO E SANTOS, 2009, ROGERS, *et al.*, 1997).

Segundo Rogers e seus colaboradores (1997) aquando da adaptação da escala de *Empowerment*, conceito próximo de autoeficácia, assentou-a em cinco dimensões: autoestima e autoconfiança, poder atual; ativismo comunitário; optimismo e controlo face ao futuro; ira ou indignação justificada (ROGERS, *et al.*, 1997). Estas dimensões apoiam a teoria de Bandura quando refere que a autoeficácia é o resultado da harmonização entre as componentes pessoais e o

ambiente externo (BANDURA, 1997). Deste modo, o familiar cuidador com percepção elevada sobre a sua autoeficácia dificilmente estará sensibilizado para ser capacitado.

A EAFC quando comparada com a GSE mostra ser menos sensível, pois este último instrumento consegue discriminar melhor os grupos.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Teoricamente considerar-se-ia relevante o conceito de autoeficácia como um indicador importante na monitorização da transição para o papel de familiar cuidador. Porém a associação deste indicador a situações que poderão ser indicativas de cuidados de baixa qualidade revela que o conceito de autoeficácia não está associado a uma qualidade dos cuidados prestados, ditando ser um recurso muito particular na avaliação dos familiares cuidadores.

Verificou-se ainda que são muitas as lacunas de conhecimento por parte dos familiares cuidadores, talvez por esta razão os resultados encontrados afastam a autoeficácia da qualidade dos cuidados. Neste sentido, sugere-se para futuros trabalhos neste âmbito o estudo de outros perfis de familiares cuidadores e a implementação de um programa de intervenção para a promoção do papel de familiar cuidador. Através desse objetivava-se a preparação e acompanhamento para o desempenho do papel de familiar cuidador. Salvaguarda-se que este apenas seria possível caso haja referenciação dos familiares cuidadores em instituições, há semelhança da amostra utilizada para o presente estudo. Para o efeito considera-se relevante a caracterização do familiar cuidador pois, a mesma permite ao profissional o ajustamento do programa face às suas individualidades. Assim, a não contemplação da caracterização do familiar dependente realça-se como uma crítica ao EAFC.

Dando forma às considerações finais, sentiu-se no decorrer deste estudo que há um hiato entre a realidade dos familiares cuidadores e os recursos direcionados para estes. Mesmo as instituições que oferecem serviços direcionados para os familiares dependentes, não estão vocacionadas para a autonomização e para a capacitação dos familiares cuidadores.

A enfermagem enquanto profissão direcionada para o indivíduo e família, deverá dirigir a sua atenção de forma cabal para esta área de intervenção. Recorda-se assim, que a família/familiares cuidadores apresentam-se na comunidade como uma instituição de prestação de serviços. Assim, o enfermeiro deverá capacitá-la de modo a que hajam cuidados eficazes e efetivos.

A discrepância entre a percepção de autoeficácia e a qualidade do cuidado prestado, pelo familiar cuidador poderá conduzir a prejuízos severos na saúde e bem-estar do familiar dependente.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, Wilson - **Transições e contextos multiculturais: Contributos para a anamnese e recurso aos cuidados informais**. Coimbra: Formasau, 2008. ISBN 978-972-8485-96-2.

ALARCÃO, Madalena - **(Des)Equilíbrios familiares: uma visão sistémica**. Coimbra: Quarteto, 2006. ISBN 989-558-067-3.

ALMEIDA, Leandro. [et al.] - **Metodologias de investigação em Psicologia e Educação**. 5ª ed. Braga: Psiquilibrios Edições, 2008.

ANAUT, Marie - **A resiliência: ultrapassar os traumatismos**. Lisboa: Climepsi Editores, 2005. ISBN 972-796-143-6.

ARAÚJO, Miguel; MOURA, Octávio - Estrutura factorial da General Self-Efficacy Scale (Escala de Autoeficácia Geral) numa amostra de professores portugueses. **Laboratório de Psicologia**. Vol. 9, nº 1 (2011) p. 95-105.

ARAÚJO, Fátima [et al.] - Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. Vol. 25, nº 2 (2007) p. 59-69.

ARAÚJO, Fátima [et al.] - Validação da Escala de Lawton e Brody numa amostra de idosos não institucionalizados. **Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde - ISPA**. (2008) p. 217-220.

BANDURA, Albert - Self-efficacy. **New York: Academic Press. Vol. 4 (1994) p. 71-81.**

BANDURA, Albert - **Self-Efficacy: The exercise of Control.** New York: W.H. Freeman, 1997. ISBN 978-071-672-850-4.

BANDURA, Albert; AZZI, Roberta; POLYDORO, Soely - **Teoria Social Cognitiva: Conceitos básicos.** Porto Alegre: Artmed, 2008.

CARVALHO, Maria - **Serviço social na saúde.** 2ª ed. Lisboa: Lidel, 2013. ISBN 978-989-693-022-6.

COSTA, Ana - **Auto-eficácia e sobrecarga nos prestadores de cuidados de crianças com necessidades especiais de saúde.** Porto: Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, 2010. Tese de Mestrado.

COSTA, Andreia - **Famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado - Estudo exploratório de base populacional no concelho de Lisboa.** Lisboa: Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, 2013. Tese de Doutoramento.

DAMNIANI, Gianfranco [*et al.*] - Patterns of long term-care in 29 European countries: Evidence from an exploratory study. **BioMed Central Health Service Research.** Vol. 11, nº 316 (2011) p. 1-9.

DIAS, Kalina [*et al.*] - O cuidado em enfermagem direcionado para a pessoa idosa: Revisão integrativa. **Revista de Enfermagem UFPE.** ISSN 1981-8963. Vol. 8, nº 5 (2014) p. 1337-1346.

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE - **Programa Nacional de Saúde 2012-2016.** Lisboa: Ministério da Saúde, 2012.

DURO, Susana - **Cuidar da família ao longo da vida.** Lisboa: Universidade Católica Editora, 2013. ISBN 978-972-54-0372-3.



FIGUEIREDO, Daniela - **Prestação familiar de cuidados a idosos dependentes com ou sem demência**. Aveiro: Universidade de Aveiro, Secção Autónoma de Ciências da Saúde, 2007. Tese de Doutoramento.

FONSECA, António - **Envelhecimento saúde e doença**. Lisboa: Coisas de Ler Edições, 2014. ISBN 978-989-8659-35-4.

FORTIN, Marie-Fabienne - **Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação**. Loures: Lusociência, 2009. ISBN 978-989-807-518-5.

GIBSON, Cheryl - A concept analysis of empowerment. **Journal of Advanced Nursing**. Vol. 16 (1991) p. 354-361.

GREEN, Rebecca - Application of the Self Care Deficit Nursing Theory: The community Context. **Self-Care, Dependente-Care & Nursing**. Vol. 20, nº 1 (2013) p. 5-15.

GREENWOOD, Nan [*et al.*] - Informal carers of stroke survivors - factors influencing carers: a systematic review of quantitative studies. **Disability and Rehabilitation**. ISSN 0963-8288. Vol. 30, nº 18 (2008) p. 1329-1349.

IMAGINÁRIO, Cristina - **O idoso dependente em contexto familiar: Uma análise da visão da família e do cuidado principal**. Coimbra: Formasau, 2004.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA - Caracterização da população e das famílias a residir em Portugal, com base nos Censos 2011. **Revista de Estudos Demográficos** (2013) p. 51-52.

INTERNACIONAL COUNCIL OF NURSES - **Classificação Internacional para a prática de Enfermagem: Versão 2.0**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2011. ISBN 978-929-509-435-2.

**LAGE, Maria - Avaliação os cuidadores informais aos idosos: Estudo do impacto do cuidado no cuidador informal.** Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2007. Tese de Doutoramento.

**LAGE, Maria; ARAÚJO, Odete - A construção discursiva do cuidado informal a idosos dependentes: percepções, constrangimentos e práticas.** Lisboa: Coisas de Ler, 2014. ISBN 978-989-865-935-4.

**LEAL, Isabel - Perspectivas em psicologia da saúde.** Coimbra: Quarteto, 2006. ISBN 989-558-066-5.

**LEONARDO, Vera - Famílias que integram dependents no autocuidado: Recursos utilizados pelos prestadores de cuidados.** Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2011. Tese de Mestrado.

**LORD, John; HUTCHISON, Peggy - The process of empowerment: Implications for the theory and practice.** *Canadian Journal of Community Mental Health*. Vol. 12, nº 1 (1993) p. 5-22.

**MARQUES, Sónia - Os cuidadores informais de doentes com acidente vascular cerebral.** Coimbra: Formasau, 2007. ISBN 972-848-578-6.

**MARTINS, Maria - Uma crise acidental na família: o doente com AVC.** Coimbra: Formasau, 2002. ISBN 972-848-530-1.

**MARTINS, Rebeca - A dependência no autocuidado no seio das famílias clássicas do concelho de Lisboa: Abordagem exploratória à dimensão do fenómeno.** Lisboa: Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, 2011. Tese de Mestrado.

**MARTINS, Teresa - Acidente Vascular Cerebral: Qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores.** Coimbra: Formasau, 2006. ISBN 972-848-565-4.

MELEIS, Afaf - **Theoretical Nursing: Development and progress.** 4ª ed. Lippincott Williams & Wilkins, 2007.

MELEIS, Afaf - **Transitions Theory: Middle-Range and situation-specific theories in nursing research and practice.** New York: Springer Publishing Company, 2010.

MELEIS, Afaf [*et al.*] - Experiencing Transitions: An emerging middle range theory. **Advances in Nursing Science.** Vol. 23 (2000) p. 12-28.

MONTEIRO, Maria - **Vivências dos cuidadores familiares em internamento hospitalar: o início da dependência.** Porto, Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2010. Tese de Mestrado.

NERI, Anita; CARVALHO, Virgínia - O Bem-estar do Cuidador: Aspectos Psicossociais. [autor do livro] Elisabete Viana de Freitas, *et al.* **Tratado de Geriatria e Gerontologia.** Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2002.

NETTO, Matheus - **Tratado de Gerontologia.** 2ª ed. São Paulo: Atheneu, 2007. ISBN 857-379-869-6.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Notas sobre enfermagem: um guia para os cuidadores na atualidade.** Loures: Lusociência, 2011. ISBN 978-972-8930-66-0.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais.** Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - **Global Health and aging.** Madrid: Organização Mundial de Saúde, 2011.

PALLANT, Julie - **SPSS Survival Manual.** Philadelphia: Open University Press, 2001. ISBN 0-335-20890-8.

PAÚL, Constança; FONSECA, António - **Envelhecer em Portugal.** Lisboa: Cimepsi Editores, 2005. ISBN 972-796-185-1.

PEIXOTO, Maria; SANTOS, Célia - Estratégias de coping na família que presta cuidados. **Cadernos de saúde**. Vol. 2, nº 2 (2009) p. 87-93

PEREIRA, Elisabete - **Famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado - Relevância da definição dos cuidados prestados**. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2011. Tese de Mestrado.

PESTANA, Maria; GAGEIRO, João - **Análise de Dados para as Ciências Sociais**. Lisboa: Edições Sílabo, 2005.

PETRONILHO, Fernando - **Preparação do regresso a casa**. Coimbra: Formasau, 2007.

PETRONILHO, Fernando - A Transição dos membros da família para o exercício do papel de cuidadores quando incorporam um membro dependente no autocuidado: Revisão da Literatura. **Revista Investigação em Enfermagem**. (2010) p. 43-58.

PETRONILHO, Fernando - **A alta hospitalar do doente dependente no autocuidado: Decisões, destinos, padrões de assistência e de utilização dos recursos: Estudo exploratório sobre o impacte nas transições do doente e do familiar cuidador**. Lisboa: Universidade de Lisboa, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2013. Tese de Doutoramento.

POLIT, Denise; HUNGLER, Bernardette - **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

RELVAS, Ana Paula - **O ciclo vital da família: uma perspectiva sistémica**. Porto: Edições Afrontamento, 2000. ISBN 978-972-360-413-9.

REZENDE, Vera [*et al.*] - Revisão crítica dos instrumentos utilizados para avaliar aspectos emocionais, físicos e sociais do cuidador de paciente com cancer na

fase terminal da doença. **Revista Brasileira de Cancerologia**. Vol. 51, nº 1 (2005) p. 79-87.

RIBEIRO, José - **Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde**. 3ª ed. Porto: Legis Editora, 2010. ISBN 978-989-814-846-9.

ROCHA, Bruno; PACHECO, José. Elderly persons in a situation of dependence: informal caregiver stress and coping. **Acta Paulistade Enfermagem**. Vol. 26, nº 1 (2013) p. 50-56.

ROGERS, Sally [*et al.*] - A consumer-constructed scale to measure empowerment among users of mental health services. *Psychiatric Services*. Vol. 48, nº 8 (1997) p. 1042-1047.

ROLO, Lígia - **Sobrecarga e satisfação com a vida: a percepção dos cuidadores informais de idosos**. Aveiro: Universidade de Aveiro, Seção Autónoma de Ciências da Saúde, 2009. Tese de mestrado.

SARMENTO, Emília; PINTO, Paula; MONTEIRO, Sónia. **Dificuldades sentidas pelos familiares em cuidar do idoso dependente no domicílio mecanismos de adaptação**. Coimbra: Formasau, 2010. ISBN 978-989-8269-14-0.

SCHUMACHER, Karen [*et al.*] - Family Caregiving Skill: Development of the concept. **Research in Nursing & Health**. Vol. 23 (2000) p. 191-203.

SEQUEIRA, Carlos - **Introdução à prática clínica: do diagnóstico à intervenção em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica**. Coimbra: Quarteto, 2006.

SEQUEIRA, Carlos. **Cuidar de idosos dependentes: Diagnósticos e intervenções**. Coimbra: Quarteto Editores, 2007. ISBN 978-989-558-092-7.

SEQUEIRA, Carlos - **Cuidar de idosos com dependência física e mental**. Lisboa: Lidel, 2010. ISBN 978-972-757-717-0.

**SILVA, Ana - Avaliação da condição de saúde dos indivíduos dependentes no autocuidado inseridos no seio das famílias clássicas concelho do Porto.** Porto: Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, 2012. Tese de Mestrado.

**SILVA, Rosa - A dependência no autocuidado no seio das famílias clássicas do concelho do Porto: Abordagem exploratória à dimensão do fenómeno.** Porto: Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, 2011. Tese de Mestrado.

**SOUSA, Maria - Formação para a prestação de cuidados a pessoas idosas.** Cascais: Principia Editora, 2011. ISBN 978-989-716-028-8.

**TRIVINO, Zaider; SANHUEZA, Olivia - Paradigmas de investigación em enfermmería. Ciencia y Enfermería.** ISSN 0717-2079. Vol. XI, nº 1 (2005) p. 17-24.

## ANEXOS





## **ANEXO I**

Escala de Autoeficácia do Familiar Cuidador (EAFC)





2124

10 / 11

**RECURSOS**

Assistente Social ☐ Sim ☐ Não  
 Enfermeiro ☐ Sim ☐ Não  
 Fisioterapeuta ☐ Sim ☐ Não  
 Outro ☐ Sim ☐ Não

Médico ☐ Sim ☐ Não  
 Nutricionista ☐ Sim ☐ Não  
 Psicólogo ☐ Sim ☐ Não

Familiar ☐ Sim ☐ Não  
 Vizinho ☐ Sim ☐ Não  
 Amigo ☐ Sim ☐ Não  
 Empregada ☐ Sim ☐ Não  
 Outro ☐ Sim ☐ Não

**Serviços de:**

Sim Não  
☐ ☐ Acompanhamento do dependente em casa  
☐ ☐ Cuidados de higiene e conforto  
☐ ☐ Cabeleireiro, manicure e esteticista  
☐ ☐ Apoio no tratamento da roupa do dependente  
☐ ☐ Confeção de refeições e apoio durante as mesmas  
☐ ☐ Aconselhamento e instalação dos equipamentos adequados  
☐ ☐ Apoio técnico na adaptação do domicílio à condição do utente  
☐ ☐ Apoio na compra de medicamentos  
☐ ☐ Apoio na compra de bens alimentares  
☐ ☐ Acompanhamento do dependente ao exterior (consultas, saídas ocasionais)  
☐ ☐ Acompanhamento em actividades lúdicas e recreativas  
☐ ☐ Hospital  
☐ ☐ Tele-assistência  
☐ ☐ 112 INEM  
☐ ☐ Centro de Saúde/Unidade de Saúde Familiar  
☐ ☐ Linha Saúde 24

**Recursos financeiros (principais fontes de rendimento)**

Sim Não  
☐ ☐ Apoio social  
☐ ☐ Apoio familiar  
☐ ☐ Assistência à 3ª pessoa complemento de assistência  
☐ ☐ Outra situação

**Para:** Perceber a necessidade de cuidado familiar**Sente-se:**

	Incompetente	Pouco competente	Medianamente competente	Muito competente
Detetar sinais de alteração da condição de saúde do seu familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Determinar horário, forma e local dos cuidados a prestar ao familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cumprir no horário, forma e local estabelecido para os cuidados prestados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alterar os cuidados ao seu familiar de acordo com as necessidades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Obter dispositivos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Obter a ajuda de profissionais para lidar com as suas limitações do seu familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Obter ajuda de parentes para lidar com as limitações do seu familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prestar cuidados ao seu familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre os cuidados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Incentivar o familiar a participar nos cuidados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Negociar alterações aos cuidados prestados pelos profissionais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## AVALIAÇÃO DA CONDIÇÃO DE SAÚDE

Sim Não

- ☐ ☐ Sinais aparentes de desidratação  
☐ ☐ Olhos encovados  
☐ ☐ Pele seca  
☐ ☐ Mucosas secas  
☐ ☐ Sinais aparentes de desnutrição  
☐ ☐ Magreza excessiva  
☐ ☐ Obesidade mórbida

IMC Peso perdido nos últimos três meses  Kg

- ☐ ☐ Comprometimento da amplitude articular  
☐ ☐ Braço Dto  
☐ ☐ Braço Esq  
☐ ☐ Perna Dta  
☐ ☐ Perna Esq  
☐ ☐ Pele comprometida

Número de úlceras de pressão 

Localização úlceras

- ☐ ☐ Região sagrada  
☐ ☐ Trocanter  
☐ ☐ Maléolo  
☐ ☐ Calcaneos  
☐ ☐ Outra

- ☐ ☐ Feridas não tratadas / não cuidadas  
☐ ☐ Eritema da fralda

N.º de dejeções  vezes / semana

Sim Não

- ☐ ☐ Comprometimento da limpeza das vias aéreas  
☐ ☐ Acumulação de secreções traqueobrônquicas  
☐ ☐ Ruídos respiratórios anormais (roncos e crepitações)  
☐ ☐ Aumento frequência respiratória  
☐ ☐ Deglutição comprometida  
☐ ☐ Má condição de higiene e asseio  
☐ ☐ Odores corporais  
☐ ☐ Unhas sujas  
☐ ☐ Má higiene oral  
☐ ☐ Secreções oculares  
☐ ☐ Secreções auditivas  
☐ ☐ Secreções nasais  
☐ ☐ Sujidade corporal visível  
☐ ☐ Má condição vestuário  
☐ ☐ Roupa suja  
☐ ☐ Roupa desabotoada  
☐ ☐ Roupa inadequada à temperatura ambiente  
☐ ☐ Roupa inadequada à condição antropométrica  
☐ ☐ Roupa inadequada à condição de dependência

N.º de quedas no último mês 

Estado mental

Sim Não

- ☐ ☐ Sabe em que mês está?  
☐ ☐ Sabe em que terra vive?  
☐ ☐ Repete três palavras (Pêra, Gato e Bola)?  
☐ ☐ Faz cálculos simples  
☐ ☐ Identifica objectos comuns (relógio)

### Evacuar (controlo dos intestinos)

- ☐ Dependente. Incontinente ou precisa que lhe façam um enema regularmente.  
☐ Necessita de ajuda para colocar um supositório, fazer enema ou tem problemas ocasionais (máximo uma vez/semana).  
☐ Consegue controlar os intestinos.

### Urinar (controlo vesical)

- ☐ Incontinente ou algaliado e incapacitado para gerir sozinho.  
☐ Tem problemas ocasionais (máximo uma vez/24 horas), ou não consegue utilizar a sanita ou urinol em tempo útil.  
☐ Continente ou algaliado mas com capacidade para gerir a algália sozinho e permanecer seco dia e noite.

## **ANEXO II**

### **Escala de Autoeficácia Geral (GSE)**



# General Self-Efficacy (GSE)

Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1995)

Versão Portuguesa: Escala de Auto-Eficácia Geral  
Miguel Araújo & Octávio Moura (2011)

Tendo em consideração as quatro alternativas de resposta, responda a cada afirmação assinalando com uma cruz (X) a resposta que melhor exprime a forma como lida com as situações:

- ① — De modo nenhum é verdade.                      ② — Dificilmente é verdade.  
③ — Moderadamente verdade.                      ④ — Exactamente verdade.

1	Consigo resolver sempre os problemas difíceis se for persistente.	①	②	③	④
2	Se alguém se opuser, consigo encontrar os meios e as formas de alcançar o que quero.	①	②	③	④
3	Para mim é fácil agarrar-me às minhas intenções e atingir os meus objectivos.	①	②	③	④
4	Estou confiante que poderia lidar eficientemente com acontecimentos inesperados.	①	②	③	④
5	Graças aos meus recursos, sei como lidar com situações imprevistas.	①	②	③	④
6	Consigo resolver a maioria dos problemas se investir o esforço necessário.	①	②	③	④
7	Perante dificuldades consigo manter a calma porque confio nas minhas capacidades.	①	②	③	④
8	Quando confrontado com um problema, consigo geralmente encontrar várias soluções.	①	②	③	④
9	Se estiver com problemas, consigo geralmente pensar numa solução.	①	②	③	④
10	Consigo geralmente lidar com tudo aquilo que me surge pelo caminho.	①	②	③	④

## Referências Bibliográficas da Versão Original e da Versão Portuguesa:

- Araújo, M., & Moura, O. (2011). Estrutura factorial da General Self-Efficacy Scale (Escala de Auto-Eficácia Geral) numa amostra de professores Portugueses. *Revista Laboratório de Psicologia*, 9(1), 95-105.
- Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1995). Generalized self-efficacy scale. In J. Weinman, S. Wright & M. Johnston (Eds.), *Measures in health psychology: A user's portfolio* (pp. 35-38). Windsor: NFER-Nelson.

**Copyright:** Esta escala pode ser utilizada para fins de investigação científica, desde que, sejam feitas as devidas referências aos autores da escala original e da versão Portuguesa e desde que seja enviado um email ([octavio@octaviomoura.com](mailto:octavio@octaviomoura.com)) a pedir a autorização para a sua utilização. A escala pode ser igualmente utilizada na prática clínica.

**Contacto:** ✉ [octavio@octaviomoura.com](mailto:octavio@octaviomoura.com) 🌐 [www.octaviomoura.com](http://www.octaviomoura.com)





### **ANEXO III**

Índice de Barthel



As questões que se seguem procuram avaliar a sua capacidade funcional para realizar as **actividades básicas de vida diária**. Para isso, refira para cada questão, a resposta que melhor traduz a sua situação.

Índice de Barthel	Pontuação
<b>A. Actualmente, relativamente à sua higiene pessoal:</b> 1 <input type="checkbox"/> Consegue lavar o rosto, lavar os dentes, barbear-se, pentear-se sozinho 0 <input type="checkbox"/> Precisa de ajuda para o cuidado pessoal	
<b>B. Actualmente, consegue tomar banho:</b> 1 <input type="checkbox"/> Sozinho, entrar e sair da banheira, lavar-se, usar o chuveiro 0 <input type="checkbox"/> Não consegue tomar banho sozinho	
<b>C. Actualmente, consegue vestir-se:</b> 2 <input type="checkbox"/> Veste-se sozinho (incluindo abotoar botões, fechos, atacadores) 1 <input type="checkbox"/> Precisa de ajuda para algumas coisas (ex. apertar atacadores, fechar um fecho ou abotoar) 0 <input type="checkbox"/> Precisa sempre da ajuda de outra pessoa para se vestir	
<b>D. Actualmente, consegue alimentar-se:</b> 2 <input type="checkbox"/> Desde que lhe coloquem a comida já preparada, consegue comer sozinho 1 <input type="checkbox"/> Precisa de ajuda para cortar a carne, barrar a manteiga, etc. 0 <input type="checkbox"/> Não consegue alimentar-se sozinho	
<b>E. Actualmente, consegue levantar-se da cama ou de uma cadeira sozinho?</b> 3 <input type="checkbox"/> Consegue passar da cama para a cadeira sem grande dificuldade 2 <input type="checkbox"/> Necessita de uma pequena ajuda (verbal ou física) 1 <input type="checkbox"/> Necessita de um grande ajuda física para passar da cama para a cadeira 0 <input type="checkbox"/> Incapaz de passar da cama para a cadeira, não tem equilíbrio	
<b>F. Actualmente, consegue subir e descer escadas</b> 2 <input type="checkbox"/> Consegue subir e descer escadas 1 <input type="checkbox"/> Precisa de ajuda para subir e descer escadas 0 <input type="checkbox"/> Não consegue subir ou descer escadas	
<b>G. Actualmente, consegue andar/marcha ou deslocar-se</b> 3 <input type="checkbox"/> Consegue andar (com ou sem bengala, andarilho, canadiana, etc.) 2 <input type="checkbox"/> Consegue andar com ajuda (verbal ou física) de 1 pessoa 1 <input type="checkbox"/> Consegue andar sozinho em cadeira de rodas 0 <input type="checkbox"/> Não consegue andar, nem com ajuda de outras pessoas	
<b>H. Actualmente, tem controlo na função intestinal</b> 2 <input type="checkbox"/> Controla bem esta função 1 <input type="checkbox"/> Às vezes (ocasionalmente) não controla as fezes 0 <input type="checkbox"/> Não controla as fezes, ou só evacua com a ajuda de clister	
<b>I Actualmente, controla a função urinária</b> 2 <input type="checkbox"/> Controla bem esta função ou está cateterizado e substitui os sacos 1 <input type="checkbox"/> Perde urina acidentalmente 0 <input type="checkbox"/> Não controla a urina ou está cateterizado e precisa de alguém para substituir os sacos	
<b>J Actualmente, consegue ir à casa de banho</b> 2 <input type="checkbox"/> Não precisa de qualquer ajuda para ir à casa de banho 1 <input type="checkbox"/> Precisa de ajuda, mas consegue fazer algumas coisa sozinho 0 <input type="checkbox"/> Não consegue ir à casa de banho sozinho	
<b>PONTUAÇÃO FINAL</b>	



## **ANEXO IV**

Escala de Lawton e Brody



Escala de Lawton y Brody	Pontuação
<b>1 Capacidade para usar o telefone:</b> 3 <input type="checkbox"/> Utiliza o telefone por própria iniciativa; procura e marca números. 2 <input type="checkbox"/> É capaz de marcar alguns números familiares 1 <input type="checkbox"/> Atende o telefone mas não marca números 0 <input type="checkbox"/> Não é capaz de usar o telefone	
<b>2 Fazer compras:</b> 3 <input type="checkbox"/> Realiza sozinho(a) todas as compras necessárias 2 <input type="checkbox"/> Realiza sozinho(a) as compras pequenas 1 <input type="checkbox"/> Precisa ser acompanhado(a) para fazer qualquer compra 0 <input type="checkbox"/> Totalmente incapaz de ir às compras	
<b>3 Preparação da comida:</b> 3 <input type="checkbox"/> Organiza, prepara e serve adequadamente as refeições sozinho 2 <input type="checkbox"/> Prepara adequadamente as refeições se os ingredientes forem fornecidos 1 <input type="checkbox"/> Prepara, aquece e serve as refeições, mas não mantém uma dieta adequada. 0 <input type="checkbox"/> Precisa que lhe preparem e sirvam as refeições	
<b>4 Cuidado com a casa:</b> 4 <input type="checkbox"/> Mantém a casa arrumada, sozinho ou com ajuda ocasional (para trabalhos pesados) 3 <input type="checkbox"/> Realiza tarefas diárias ligeiras, como lavar a louça ou fazer a cama 2 <input type="checkbox"/> Realiza tarefas diárias ligeiras, mas não mantém um nível adequado de limpeza 1 <input type="checkbox"/> Precisa de ajuda em todas as tarefas da vida da casa 0 <input type="checkbox"/> Não participa em nenhuma tarefa doméstica.	
<b>5 Lavar a roupa:</b> 2 <input type="checkbox"/> Lava sozinho(a) toda a sua roupa 1 <input type="checkbox"/> Lava sozinho(a) apenas peças pequenas 0 <input type="checkbox"/> Toda a lavagem de roupa tem de ser realizada por outra pessoa	
<b>6 Usar os meios de transporte:</b> 4 <input type="checkbox"/> Viaja sozinho(a) em transportes públicos ou conduz o seu próprio carro 3 <input type="checkbox"/> É capaz de apanhar um táxi, mas não usa outro meio de transporte 2 <input type="checkbox"/> Viaja em transportes públicos quando acompanhada por alguém 1 <input type="checkbox"/> Só utiliza o táxi ou automóvel com ajuda de outros 0 <input type="checkbox"/> Não viaja	
<b>7 Responsabilidade com a sua medicação:</b> 2 <input type="checkbox"/> É responsável por tomar a sua medicação nas doses correctas e à hora certa 1 <input type="checkbox"/> Toma a sua medicação se lhe for preparada (doses separadas) previamente 0 <input type="checkbox"/> Não é capaz de se responsabilizar pela toma da medicação	
<b>8 Capacidade para tratar dos seus assuntos económicos:</b> 2 <input type="checkbox"/> Gere os seus assuntos financeiros sozinho(a) (cheques, paga a renda, contas bancárias) 1 <input type="checkbox"/> Gere as compras do dia-a-dia, mas necessita de ajuda nas grandes compras, no banco... 0 <input type="checkbox"/> Incapaz de gerir o dinheiro	
<b>PONTUAÇÃO FINAL</b>	

Tipo de :Preenchimento

- 1 ☐ Auto-preenchimento  
 2 ☐ Entrevista

Tempo de preenchimento: \_\_\_\_\_ minutos

Muito obrigado pela sua colaboração e disponibilidade





## **ANEXO V**

*Appraisal of Self-Care Agency Scale (ASA -A)*



## INSTRUMENTOS DE PESQUISA

### ESCALA PARA AVALIAR AS CAPACIDADES DE AUTOCUIDADO (ASA-A)

Itens	Discordo Totalmente	Discordo	Nem Concordo Nem Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
1 - Quando acontece qualquer tipo de alteração na sua vida, você procura fazer as mudanças necessárias para manter-se saudável.	1	2	3	4	5
2 - Geralmente vê se tudo aquilo que faz para manter sua saúde está certo.	1	2	3	4	5
3 - Quando tem dificuldade para movimentar alguma parte do seu corpo, procura dar um jeito para resolver o problema.	1	2	3	4	5
4 - Procura manter limpo e saudável o lugar onde vive.	1	2	3	4	5
5 - Quando necessário, toma providências para manter-se saudável.	1	2	3	4	5
6 - Sempre que pode, cuida de si.	1	2	3	4	5
7 - Procura as melhores maneiras de cuidar se si.	1	2	3	4	5
8 - Toma banho, sempre que	1	2	3	4	5

necessário, para manter a sua higiene.					
9 - Procura alimentar-se de maneira a manter seu peso certo.	1	2	3	4	5
10 - Quando necessário, reserva um tempo para estar contigo mesmo.	1	2	3	4	5
11 - Sempre que pode, faz ginástica e descansa no seu dia-a-dia.	1	2	3	4	5
12 - Com o passar dos anos, fez amigos com quem pode contar.	1	2	3	4	5
13 - Geralmente, dorme o suficiente para se sentir descansado.	1	2	3	4	5
14 - Quando recebe informações sobre a sua saúde, faz perguntas para esclarecer aquilo que não entende.	1	2	3	4	5
15 - De tempos em tempos examina seu corpo para ver se há alguma diferença.	1	2	3	4	5
16 - Antes de tomar um remédio novo procura informar-se ele causa algum mal-estar.	1	2	3	4	5
17 - No passado, mudou alguns de seus antigos costumes para	1	2	3	4	5

melhorar sua saúde.					
18 - Normalmente toma providencias para manter-se saudável	1	2	3	4	5
19 - Costuma avaliar se as coisas que faz para manter-se saudável têm dado bom resultado.	1	2	3	4	5
20 - No seu dia-a-dia, geralmente encontra tempo para cuidar de si mesmo.	1	2	3	4	5
21 - Se tem algum problema de saúde, sabe como conseguir informações para resolvê-lo.	1	2	3	4	5
22 - Procura ajuda quando não tem condições de cuidar de si mesmo.	1	2	3	4	5
23 - Sempre acha tempo para si mesmo.	1	2	3	4	5
24 - Mesmo tendo dificuldades para movimentar alguma parte do seu corpo, geralmente consegue cuidar-se como gostaria.	1	2	3	4	5

\*Adaptada e validada por SILVA e KIMURA; (2004)

Total: \_\_\_\_\_



## **ANEXO VI**

**Formulário de Avaliação da Dependência no Autocuidado (FADA)**







2124

1 / 11

CODIFICAÇÃO:

--	--	--	--	--	--

## FAMÍLIAS QUE INTEGRAM DEPENDENTES NO AUTOCUIDADO

### PARTE I I - FORMULÁRIO PCD

#### PESSOA DEPENDENTE

**Sexo**

- ☐ M  
☐ F

**Idade**

--	--

**Estado civil**

- ☐ Casado/ União de facto  
☐ Solteiro  
☐ Viúvo  
☐ Divorciado

**Nacionalidade**

- ☐ Portuguesa

**Nível de escolaridade**

- ☐ Nenhum  
☐ Ensino básico - 1.º ciclo (4 anos)  
☐ Ensino básico - 2.º ciclo (6 anos)  
☐ Ensino básico - 3.º ciclo (9 anos)  
☐ Ensino secundário (11 ou 12 anos)  
☐ Ensino superior

**Profissão**

- ☐ Ocupados  
☐ Não ocupados

**Situação que originou a dependência**

Sim Não

- ☐ Envelhecimento  
☐ Acidente  
☐ Doença aguda  
☐ Doença crónica  
☐ Outra

**Instalação da dependência**

- ☐ Súbita  
☐ Gradual

Tempo de dependência 

--	--

 Anos**Consumo medicamentos**

- ☐ Não  
☐ Sim

Quantos medicamentos toma 

--	--

Quantas vezes por dia toma medicamentos 

--	--

**Internamentos no último ano**

- ☐ Nenhum  
☐ Um  
☐ Dois  
☐ Três  
☐ Mais de três (especificar) 

--	--

**Episódios de recursos ao SU, no último ano**

- ☐ Nenhuma  
☐ Uma  
☐ Duas  
☐ Três  
☐ Mais de três (especificar) 

--	--

### AUTOCUIDADO: Andar

	Dependente não participa	Necessita de ajuda de pessoa	Necessita de equipamento	Completamente independente
Suporta o próprio corpo na posição de pé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sobe e desce degraus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Percorre distâncias moderadas (>100m<500m)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Com que frequência assiste o seu familiar a andar ?   vezes / dia

Incentiva o seu familiar a andar sozinho? ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Nunca

Quem decide os períodos / locais de andar?

☐ O dependente ☐ O prestador de cuidados ☐ O enfermeiro ☐ Outro

#### Andarilho

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

Razão da não utilização

☐ Económica ☐ Desconhece a forma de aceder ao recurso ☐ Desconhece a forma de funcionamento ☐ Desconhece a existência ☐ Limitações da residência

#### Bençala/Canadiana

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

Razão da não utilização

☐ Económica ☐ Desconhece a forma de aceder ao recurso ☐ Desconhece a forma de funcionamento ☐ Desconhece a existência ☐ Limitações da residência

### AUTOCUIDADO: Usar cadeira de rodas

	Dependente não participa	Necessita de ajuda de pessoa	Necessita de equipamento	Completamente independente
Movimenta o corpo de um lado para o outro em cadeira de rodas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Com que frequência movimenta o seu familiar na cadeira de rodas?   vezes / dia

Com que frequência leva o seu familiar a passear/sair de casa, na cadeira de rodas?   vezes / mês

Quem decide a utilização da cadeira de rodas?

☐ O dependente ☐ O prestador de cuidados ☐ O enfermeiro ☐ Outro

Incentiva o seu familiar a utilizar sozinho a cadeira de rodas? ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Nunca

#### Rampa

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

Razão da não utilização

☐ Económica ☐ Desconhece a forma de aceder ao recurso ☐ Desconhece a forma de funcionamento ☐ Desconhece a existência ☐ Limitações da residência



2124

3 / 11

**AUTOCUIDADO: Transferir-se**

	Dependente não participa	Necessita de ajuda de pessoa	Necessita de equipamento	Completamente independente
Transfere-se da cama para a cadeira/cadeirão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Transfere-se da cadeira/cadeirão para a cama	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Com que frequência transfere o seu familiar da cama para a cadeira/ cadeirão?   vezes / dia

Quem decide transferir o seu familiar da cama para a cadeira/ cadeirão?

☐ O dependente ☐ O prestador de cuidados ☐ O enfermeiro ☐ OutroIncentiva o seu familiar a participar na transferência da cama para a cadeira/ cadeirão? ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Nunca**Barra de apoio**

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

☐ S ☐ N☐ S ☐ N

Razão da não utilização

☐ Económica ☐ Desconhece forma de aceder ao recurso ☐ Desconhece forma de funcionamento ☐ Desconhece a existência ☐ Limitações da residência**Cabeceira e pés da cama amovíveis**

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

☐ S ☐ N☐ S ☐ N

Razão da não utilização

☐ Económica ☐ Desconhece a forma de aceder ao recurso ☐ Desconhece forma de funcionamento ☐ Desconhece a existência ☐ Limitações da residência**Cama articulada**

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

☐ S ☐ N☐ S ☐ N

Razão da não utilização

☐ Económica ☐ Desconhece a forma de aceder ao recurso ☐ Desconhece a forma de funcionamento ☐ Desconhece a existência ☐ Limitações da residência**Elevador de transferência**

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

☐ S ☐ N☐ S ☐ N

Razão da não utilização

☐ Económica ☐ Desconhece a forma de aceder ao recurso ☐ Desconhece a forma de funcionamento ☐ Desconhece a existência ☐ Limitações da residência**Transfer leito-cadeira**

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

☐ S ☐ N☐ S ☐ N

Razão da não utilização

☐ Económica ☐ Desconhece a forma de aceder ao recurso ☐ Desconhece a forma de funcionamento ☐ Desconhece a existência ☐ Limitações da residência**Disco de rotação**

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

☐ S ☐ N☐ S ☐ N

Razão da não utilização

☐ Económica ☐ Desconhece a forma de aceder ao recurso ☐ Desconhece a forma de funcionamento ☐ Desconhece a existência ☐ Limitações da residência

**AUTOCUIDADO: Virar-se**

	Dependente não participa	Necessita de ajuda de pessoa	Necessita de equipamento	Completamente independente
Mover o corpo, virando-o de um lado para o outro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Com que frequência posiciona o seu familiar na cama/cadeira?   vezes / dia

Quem decide o horário da mudança de posição e a posição a adoptar?

☐ O dependente ☐ O prestador de cuidados ☐ O enfermeiro ☐ OutroIncentiva o seu familiar a posicionar-se? ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ NuncaNas mudanças de posição adopta os decúbitos laterais? ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ NuncaGradas de apoio / segurança**Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado**☐ S ☐ N☐ S ☐ N**Razão da não utilização**☐ Económica ☐ Desconhece a forma de aceder ao recurso ☐ Desconhece a forma de funcionamento ☐ Desconhece a existência ☐ Limitações da residênciaColchão anti-úlceras de pressão**Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado**☐ S ☐ N☐ S ☐ N**Razão da não utilização**☐ Económica ☐ Desconhece a forma de aceder ao recurso ☐ Desconhece a forma de funcionamento ☐ Desconhece a existência ☐ Limitações da residência**AUTOCUIDADO: Elevar-se**

	Dependente não participa	Necessita de ajuda de pessoa	Necessita de equipamento	Completamente independente
Levantar parte do corpo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Com que frequência senta o seu familiar?   vezes / diaIncentiva o seu familiar a levantar-se (por de pé)? ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ NuncaIncentiva o seu familiar a sentar-se? ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ NuncaCom que frequência levanta (por de pé) o seu familiar?   vezes / diaAlmofada elevatória**Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado**☐ S ☐ N☐ S ☐ N**Razão da não utilização**☐ Económica ☐ Desconhece a forma de aceder ao recurso ☐ Desconhece a forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Desconhece a existênciaApoio de cabeça anatómico**Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado**☐ S ☐ N☐ S ☐ N**Razão da não utilização**☐ Económica ☐ Desconhece a forma de aceder ao recurso ☐ Desconhece a forma de funcionamento ☐ Desconhece a existência ☐ Limitações da residênciaApoio de pés**Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado**☐ S ☐ N☐ S ☐ N**Razão da não utilização**☐ Económica ☐ Desconhece a forma de aceder ao recurso ☐ Desconhece a forma de funcionamento ☐ Desconhece a existência ☐ Limitações da residênciaBarras paralelas e apoios da posição de pé**Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado**☐ S ☐ N☐ S ☐ N**Razão da não utilização**☐ Económica ☐ Desconhece a forma de aceder ao recurso ☐ Desconhece a forma de funcionamento ☐ Desconhece a existência ☐ Limitações da residência





2124

5 / 11

**AUTOCUIDADO: Uso do sanitário**

	Dependente não participa	Necessita de ajuda de pessoa	Necessita de equipamento	Completamente independente
Posiciona-se na sanita ou na arrastadeira	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ergue-se da sanita	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ajusta as roupas após a higiene íntima	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Normalmente, em que local o seu familiar evacua?**☐ Fralda ☐ Arrastadeira ☐ Sanita ☐ Outro**Normalmente, em que local o seu familiar urina?**☐ Fralda ☐ Arrastadeira ☐ Sanita ☐ Outro**Quem decide onde o seu familiar vai urinar / evacuar?**☐ Dependente ☐ Prestador de cuidados ☐ Outro**Lava os genitais ao seu familiar depois das micções/dejecções?** ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Nunca**Posiciona o seu familiar no sanitário?** ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Nunca**Incentiva o seu familiar a utilizar o sanitário?** ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Nunca**Barra de apoio de sanitário****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado**☐ S ☐ N☐ S ☐ N**Razão da não utilização**☐ Económica ☐ Desconhece a forma de aceder ao recurso ☐ Desconhece a forma de funcionamento ☐ Desconhece a existência ☐ Limitações da residência**Cueca impermeável****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado**☐ S ☐ N☐ S ☐ N**Razão da não utilização**☐ Económica ☐ Desconhece a forma de aceder ao recurso ☐ Desconhece a forma de funcionamento ☐ Desconhece a existência ☐ Limitações da residência**Fralda****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado**☐ S ☐ N☐ S ☐ N**Razão da não utilização**☐ Económica ☐ Desconhece a forma de aceder ao recurso ☐ Desconhece a forma de funcionamento ☐ Desconhece a existência ☐ Limitações da residência**Saco de colostomia/ileostomia/urina****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado**☐ S ☐ N☐ S ☐ N**Razão da não utilização**☐ Económica ☐ Desconhece a forma de aceder ao recurso ☐ Desconhece a forma de funcionamento ☐ Desconhece a existência ☐ Limitações da residência**Urino****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado**☐ S ☐ N☐ S ☐ N**Razão da não utilização**☐ Económica ☐ Desconhece a forma de aceder ao recurso ☐ Desconhece a forma de funcionamento ☐ Desconhece a existência ☐ Limitações da residência



2124

6 / 11

**AUTOCUIDADO: Alimentar-se**

	Dependente não participa	Necessita de ajuda de pessoa	Necessita de equipamento	Completamente independente
Prepara os alimentos para ingestão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Abre recipientes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pega no copo ou chávena	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leva os alimentos à boca com os utensílios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Quantas refeições fornece ao seu familiar?   vezes / dia

Quem decide a frequência/composição/local das refeições?

☐ O dependente ☐ O prestador de cuidados ☐ O enfermeiro ☐ Serviço de refeições ao domicílio ☐ Outro

Normalmente, em que local o seu familiar faz as refeições?

☐ Na cama ☐ Na sala de jantar/cozinha ☐ OutroIncentiva o seu familiar a comer sozinho? ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ NuncaDá os alimentos à boca ao seu familiar? ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Nunca**Adaptador de talheres****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado**☐ S ☐ N☐ S ☐ N**Razão da não utilização**☐ Económica ☐ Desconhece a forma de aceder ao recurso ☐ Desconhece a forma de funcionamento ☐ Desconhece a existência ☐ Limitações da residência**Babete****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado**☐ S ☐ N☐ S ☐ N**Razão da não utilização**☐ Económica ☐ Desconhece a forma de aceder ao recurso ☐ Desconhece a forma de funcionamento ☐ Desconhece a existência ☐ Limitações da residência**Copo adaptado****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado**☐ S ☐ N☐ S ☐ N**Razão da não utilização**☐ Económica ☐ Desconhece a forma de aceder ao recurso ☐ Desconhece a forma de funcionamento ☐ Desconhece a existência ☐ Limitações da residência**Rebordo para prato****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado**☐ S ☐ N☐ S ☐ N**Razão da não utilização**☐ Económica ☐ Desconhece a forma de aceder ao recurso ☐ Desconhece a forma de funcionamento ☐ Desconhece a existência ☐ Limitações da residência



2124

7 / 11

**AUTOCUIDADO: Arranjar-se**

	Dependente não participa	Necessita de ajuda de pessoa	Necessita de equipamento	Completamente independente
Penteia ou escova os cabelos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cuida das unhas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aplica o desodorizante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mantém a higiene oral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Com que frequência arranja as unhas ao seu familiar?   vezes / mêsCom que frequência penteia o cabelo ao seu familiar?   vezes / diaCom que frequência corta/apara a barba ao seu familiar?   vezes / semanaCom que frequência aplica maquilhagem ao seu familiar?   vezes / mêsCom que frequência aplica cremes hidratantes ao seu familiar?   vezes / semanaCom que frequência aplica desodorizantes/perfumes ao seu familiar?   vezes / semanaCom que frequência limpa os ouvidos ao seu familiar?   vezes / semanaCom que frequência lava os dentes ao seu familiar?   vezes / dia**Pente de cabo longo**

Necessário (juízo do enfermeiro)

☐ S ☐ N

Utilizado

☐ S ☐ N**Razão da não utilização**☐ Económica ☐ Desconhece a forma de aceder ao recurso ☐ Desconhece a forma de funcionamento ☐ Desconhece a existência ☐ Limitações da residência**Espelho inclinável**

Necessário (juízo do enfermeiro)

☐ S ☐ N

Utilizado

☐ S ☐ N**Razão da não utilização**☐ Económica ☐ Desconhece a forma de funcionamento ☐ Desconhece a existência ☐ Limitações da residência**AUTOCUIDADO: Vestir-se e despir-se**

	Dependente não participa	Necessita de ajuda de pessoa	Necessita de equipamento	Completamente independente
Escolhe as roupas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Veste as roupas na parte inferior do corpo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Abotoa as roupas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Usa cordões para amarrar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Calça as meias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Quem escolhe a roupa que o seu familiar vai vestir? ☐ Dependente ☐ Prestador de cuidados ☐ OutroIncentiva o seu familiar a vestir-se e calçar-se sozinho? ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ NuncaVeste/despe a roupa da parte superior do corpo ao seu familiar? ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ NuncaVeste/despe a roupa da parte inferior do corpo ao seu familiar? ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ NuncaAbotoa/desabotoa a roupa ao seu familiar? ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ NuncaCalça/descalça o seu familiar? ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ NuncaProcede a ajustes no vestuário do seu familiar em função de alterações da temperatura? ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ NuncaVeste roupa adequada à condição antropométrica/dependência do seu familiar? ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Nunca

**Calçada de cabo longo**

Necessário (juízo do enfermeiro)

☐ S ☐ N

Utilizado

☐ S ☐ N**Razão da não utilização**☐ Económica ☐ Desconhece a forma de aceder ao recurso ☐ Desconhece a forma de funcionamento ☐ Desconhece a existência ☐ Limitações da residência**AUTOCUIDADO: Tomar banho**

	Dependente não participa	Necessita de ajuda de pessoa	Necessita de equipamento	Completamente independente
Obtém objectos para o banho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Abre a torneira	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lava o corpo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Com que frequência dá banho ao seu familiar?   vezes / semanaCom que frequência lava as mãos e a cara ao seu familiar?   vezes / diaCom que frequência lava o cabelo ao seu familiar?   vezes / semana

Normalmente, em que local dá banho ao seu familiar?

☐ Na cama ☐ No chuveiro/banheira ☐ Noutro local

Quem decide a frequência/local do banho?

☐ O dependente ☐ O prestador de cuidados ☐ O enfermeiro ☐ OutroIncentiva o seu familiar a lavar as zonas do corpo de que é capaz? ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Nunca**Assento suspenso para banheira**

Necessário (juízo do enfermeiro)

☐ S ☐ N

Utilizado

☐ S ☐ N**Razão da não utilização**☐ Económica ☐ Desconhece a forma de aceder ao recurso ☐ Desconhece a forma de funcionamento ☐ Desconhece a existência ☐ Limitações da residência**Barra de apoio para banho**

Necessário (juízo do enfermeiro)

☐ S ☐ N

Utilizado

☐ S ☐ N**Razão da não utilização**☐ Económica ☐ Desconhece a forma de aceder ao recurso ☐ Desconhece a forma de funcionamento ☐ Desconhece a existência ☐ Limitações da residência**Cadeira de banho (fixa/ giratória)**

Necessário (juízo do enfermeiro)

☐ S ☐ N

Utilizado

☐ S ☐ N**Razão da não utilização**☐ Económica ☐ Desconhece a forma de aceder ao recurso ☐ Desconhece a forma de funcionamento ☐ Desconhece a existência ☐ Limitações da residência**Antiderrapante**

Necessário (juízo do enfermeiro)

☐ S ☐ N

Utilizado

☐ S ☐ N**Razão da não utilização**☐ Económica ☐ Desconhece a forma de aceder ao recurso ☐ Desconhece a forma de funcionamento ☐ Desconhece a existência ☐ Limitações da residência





2124

9 / 11

**AUTOCUIDADO: Tomar medicação**

	Dependente não participa	Necessita de ajuda de pessoa	Necessita de equipamento	Completamente independente
Prepara os medicamentos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Toma os medicamentos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Procede a ajustes (de acordo com indicação médica) de horário/dose de algum medicamento? ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Nunca

Costuma esquecer-se da dose/administração de algum medicamento? ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Nunca

Costuma proceder a alteração (à revelia da indicação médica) do horário/dose dos medicamentos? ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Nunca

Incentiva o seu familiar a preparar/tomar sozinho os medicamentos? ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Nunca

**Aspirador de secreções****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado**☐ S ☐ N☐ S ☐ N**Razão da não utilização**

☐ Económica ☐ Desconhece a forma de aceder ao recurso ☐ Desconhece a forma de funcionamento ☐ Desconhece a existência ☐ Limitações da residência

**Caixa de comprimidos****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado**☐ S ☐ N☐ S ☐ N**Razão da não utilização**

☐ Económica ☐ Desconhece a forma de aceder ao recurso ☐ Desconhece a forma de funcionamento ☐ Desconhece a existência ☐ Limitações da residência

**Caneta de insulina****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado**☐ S ☐ N☐ S ☐ N**Razão da não utilização**

☐ Económica ☐ Desconhece a forma de aceder ao recurso ☐ Desconhece a forma de funcionamento ☐ Desconhece a existência ☐ Limitações da residência

**Máquina de pesquisas de glicemia capilar****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado**☐ S ☐ N☐ S ☐ N**Razão da não utilização**

☐ Económica ☐ Desconhece a forma de aceder ao recurso ☐ Desconhece a forma de funcionamento ☐ Desconhece a existência ☐ Limitações da residência

**Nebulizador****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado**☐ S ☐ N☐ S ☐ N**Razão da não utilização**

☐ Económica ☐ Desconhece a forma de aceder ao recurso ☐ Desconhece a forma de funcionamento ☐ Desconhece a existência ☐ Limitações da residência

**Oxigenoterapia****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado**☐ S ☐ N☐ S ☐ N**Razão da não utilização**

☐ Económica ☐ Desconhece a forma de aceder ao recurso ☐ Desconhece a forma de funcionamento ☐ Desconhece a existência ☐ Limitações da residência

**CUIDADOS COMPLEMENTARES**

Costuma fazer a pesquisa de fealomas? ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Nunca

Com que frequência realiza exercícios/mobiliza os membros inferiores do seu familiar?  vezes / dia

Com que frequência realiza exercícios/mobiliza os membros superiores do seu familiar?  vezes / dia

Costuma aspirar as secreções quando o seu familiar não as consegue eliminar? ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Nunca

**EQUIPAMENTOS COMPLEMENTARES****Pinça para alcançar objectos****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado**☐ S ☐ N☐ S ☐ N**Razão da não utilização**

☐ Económica ☐ Desconhece a forma de aceder ao recurso ☐ Desconhece a forma de funcionamento ☐ Desconhece a existência ☐ Limitações da residência



## **ANEXO VII**

Pedidos de autorização às instituições



**Exmo. Senhor Presidente da  
Direção do Centro Social e Paroquial de Oliveira do Douro**

**Assunto:** Autorização para a realização de um trabalho de Investigação.

Renata Adelaide Lopes dos Santos, enfermeira no Centro Social e Paroquial de Oliveira do Douro e Soraia Cristina de Abreu Pereira, enfermeira na Santa Casa da Misericórdia de Gaia, encontrando-se a frequentar o curso de Mestrado de Enfermagem Médico-cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem do Porto e a realizar um estudo sobre a criação de uma versão resumida da escala de autocuidado e da escala de autoeficácia do familiar cuidador vêm por este meio solicitar autorização para a aplicação de um formulário aos utentes do *Centro Social e Paroquial de Oliveira do Douro*.

Os projetos de investigação integrados na Unidade de Investigação da Escola Superior de Enfermagem do Porto são orientados pela Professora Doutora Teresa Martins (Professora da ESEP) e co-orientados pelo Professor Paulo Machado (Professor adjunto da ESEP).

Estes estudos têm por finalidade criar uma versão reduzida do formulário de avaliação da autoeficácia do cuidador que presta cuidados à pessoa com dependência no domicílio e criar uma versão reduzida do instrumento de mensuração do autocuidado da pessoa dependente. Para que estes objetivos sejam concretizados é necessário estudar as propriedades psicométricas da versão reduzida do formulário de autoeficácia do cuidador; e estudar as propriedades psicométricas da versão reduzida da Escala de Autocuidado da ESEP.

Para este fim pretende-se aplicar estes instrumentos num momento único a 145 familiares com pessoas dependentes a seu cargo e às pessoas com dependência.

Durante todo o percurso salvaguardar-se-á todos os pressupostos éticos constantes da Declaração de Helsínquia, nomeadamente, a confidencialidade dos dados. Os participantes, apenas serão integrados na investigação após aceitarem participar e assinarem um consentimento informado. Após a finalização do estudo, propomo-nos ainda, à apresentação dos resultados às instituições envolvidas.

Porto, 21 de Janeiro de 2014

Pedem deferimento,

*(Renata Adelaide Lopes dos Santos)*

*(Soraia Cristina de Abreu Pereira)*

**Exmo. Senhor Provedor da  
Santa Casa da Misericórdia de Gaia**

**Assunto:** Autorização para a realização de um trabalho de Investigação.

Renata Adelaide Lopes dos Santos, enfermeira no Centro Social e Paroquial de Oliveira do Douro e Soraia Cristina de Abreu Pereira, enfermeira na Santa Casa da Misericórdia de Gaia, encontrando-se a frequentar o curso de Mestrado de Enfermagem Médico-cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem do Porto e a realizar um estudo sobre a criação de uma versão resumida da escala de autocuidado e da escala de autoeficácia do familiar cuidador vêm por este meio solicitar autorização para a aplicação de um formulário aos utentes da *Santa Casa da Misericórdia de Gaia*.

Os projetos de investigação integrados na Unidade de Investigação da Escola Superior de Enfermagem do Porto são orientados pela Professora Doutora Teresa Martins (Professora da ESEP) e co-orientados pelo Professor Paulo Machado (Professor adjunto da ESEP).

Estes estudos têm por finalidade criar uma versão reduzida do formulário de avaliação da autoeficácia do cuidador que presta cuidados à pessoa com dependência no domicílio e criar uma versão reduzida do instrumento de mensuração do autocuidado da pessoa dependente. Para que estes objetivos sejam concretizados é necessário estudar as propriedades psicométricas da versão reduzida do formulário de autoeficácia do cuidador; e estudar as propriedades psicométricas da versão reduzida da Escala de Autocuidado da ESEP.

Para este fim pretende-se aplicar estes instrumentos num momento único a 145 familiares com pessoas dependentes a seu cargo e às pessoas com dependência.

Durante todo o percurso salvaguardar-se-á todos os pressupostos éticos constantes da Declaração de Helsínquia, nomeadamente, a confidencialidade dos dados. Os participantes, apenas serão integrados na investigação após aceitarem participar e assinarem um consentimento informado. Após a finalização do estudo, propomo-nos ainda, à apresentação dos resultados às instituições envolvidas.

Porto, 21 de Janeiro de 2014

Pedem deferimento,

*(Renata Adelaide Lopes dos Santos)*

*(Soraia Cristina de Abreu Pereira)*

## **ANEXO VIII**

Autorização das instituições





Oliveira do Douro, 23 de Janeiro de 2014.

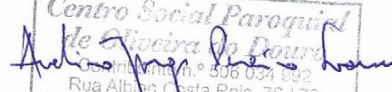
Vem o Centro Social Paroquial de Oliveira do Douro, autorizar, a realização do estudo sobre a criação de uma versão resumida da escala de autocuidado e da escala de auto eficácia do familiar cuidador, pelas enfermeiras Renata Santos, colaboradora desta Instituição, e Soraia Pereira.

Apelamos à salvaguarda de todos os pressupostos éticos que constam na Declaração de Helsínquia, nomeadamente a confidencialidade dos dados.

Agradecemos que após o estudo nos fossem facultados os resultados obtidos visando a melhoria dos serviços que prestamos à nossa população idosa.

Ficamos desde já gratos pela oportunidade de participação neste trabalho de investigação, concedendo deferimento,

O Presidente da Direção



Centro Social Paroquial  
de Oliveira do Douro  
Cadastrada n.º 506 034 882  
Rua Albino Costa Reis, 76 / 78  
Oliveira do Douro - Vila Nova de Gaia  
(Padre Avelino Jorge Pereira Soares)





## Santa Casa da Misericórdia de Vila Nova de Gaia

Exm<sup>a</sup>. Senhora  
Enf<sup>a</sup>. Renata Adelaide Lopes dos Santos  
Rua Dr. Gaspar da Costa Leite, nº. 15 – 3<sup>º</sup>. Dt<sup>º</sup>.  
4430 – 387 VILA NOVA DE GAIA

Assunto: Trabalho de Investigação

04.02.2014\*

355

Exm<sup>a</sup>. Senhora,

Em resposta ao pedido que nos formulou, para a realização de um trabalho de investigação e aplicação de um questionário aos utentes da Santa Casa da Misericórdia de Vila Nova de Gaia, vimos pelo presente informar que o mesmo foi autorizado superiormente.

Ressalvamos a importância da salvaguarda e confidencialidade dos dados obtidos com o trabalho e ficamos a aguardar o envio dos resultados alcançados com o estudo.

Com os melhores cumprimentos.

O Provedor,

  
(Joaquim de Lima Moreira Vaz)

MM/MM



## **ANEXO IX**

**Pedido e autorização para o uso da Escala de Autoeficácia Geral**



De: **Renata Santos** rsantos.27.rs@gmail.com  
Assunto: Pedido de autorização - Escala de Auto-eficácia Geral  
Data: 31 de Janeiro de 2014 às 13:18  
Para: octaviomoura@gmail.com

Boa tarde Dr. Octávio Moura,

O meu nome é Renata Santos e sou aluna do curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP). Neste momento, encontro-me a realizar um estudo sobre a criação de uma versão resumida de uma escala de autoeficácia do familiar cuidador, utilizada num instrumento de avaliação da ESEP. Para o estudo da validade dessa versão reduzida, gostaria de utilizar a Escala de Auto-eficácia Geral, que adaptou e validou.

Nesse sentido, venho por este meio solicitar a sua autorização e disponibilização do instrumento supracitado.

Agradeço desde já a atenção dispensada.  
*Renata Santos*

---

De: **Octávio Moura** octaviomoura@gmail.com  
Assunto: Re: Pedido de autorização - Escala de Auto-eficácia Geral  
Data: 31 de Janeiro de 2014 às 23:46  
Para: Renata Santos rsantos.27.rs@gmail.com

Boa noite,

Desde já agradeço o contacto e o seu interesse na escala GSE, Tem a autorização para poder utilizar no seu estudo. Poderá fazer o download da escala e do artigo de validação [aqui](#) e [aqui](#).

No final do seu estudo gostaria de conhecer os principais resultados.

Com os melhores cumprimentos,

**Octávio Moura**  
@ [octavio@octaviomoura.com](mailto:octavio@octaviomoura.com)  
(i) [octaviomoura.com](http://octaviomoura.com)

No dia 31 de Janeiro de 2014 às 13:18, Renata Santos <[rsantos.27.rs@gmail.com](mailto:rsantos.27.rs@gmail.com)> escreveu:





## **ANEXO X**

Consentimento informado



**Exmo. Senhor**

**Assunto:** Participação no trabalho de investigação para a criação de uma versão reduzida de um formulário de autoeficácia.

Renata Adelaide Lopes dos Santos, enfermeira no Centro Social e Paroquial de Oliveira do Douro encontrando-se a frequentar o curso de Mestrado de Enfermagem Médico-cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem do Porto, convida-o a participar num estudo de investigação que pretende criar uma versão reduzida de uma escala de autoeficácia do familiar cuidador. Através desta será possível uma melhor avaliação das necessidades dos familiares cuidadores.

Para o alcance deste objetivo solicita-se aos familiares cuidadores o preenchimento da versão reduzida do formulário de autoeficácia da Escola Superior de Enfermagem do Porto e a escala de autoeficácia geral. Garantindo que serão salvaguardadas todas os domínios éticos associados à realização de trabalhos de investigação.

Ressalva-se que a sua participação é voluntária e por isso, poderá abandonar a sua participação assim que o desejar. Por outro lado, garante-se que a sua participação em nada influencia os serviços recebidos pelo Centro Social e Paroquial de Oliveira do Douro.

## CONSENTIMENTO INFORMADO

Afirmo que a minha participação neste estudo é livre e voluntária, estando consciente que os resultados deste trabalho de investigação poderão ser utilizados e divulgados apenas para fins de interesse científico.

Foi-me garantida a salvaguarda dos princípios éticos, de acordo com a Conferência de Helsínquia, associados aos trabalhos deste âmbito. Bem como me foi facultada a hipótese de abandonar o projeto assim que o desejar.

Declaro ainda que recebi todos os esclarecimentos que considerei necessários para a assinatura livre deste consentimento informado.

---

*(Assinatura do familiar cuidador)*

---

*(Assinatura do investigador)*

---

*(Data)*

**Exmo. Senhor**

**Assunto:** Participação no trabalho de investigação para a criação de uma versão reduzida de um formulário de autoeficácia.

Renata Adelaide Lopes dos Santos, enfermeira no Centro Social e Paroquial de Oliveira do Douro encontrando-se a frequentar o curso de Mestrado de Enfermagem Médico-cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem do Porto, convida-o a participar num estudo de investigação que pretende criar uma versão reduzida de uma escala de autoeficácia do familiar cuidador. Através desta será possível uma melhor avaliação das necessidades dos familiares cuidadores.

Para o alcance deste objetivo solicita-se aos familiares cuidadores o preenchimento da versão reduzida do formulário de autoeficácia da Escola Superior de Enfermagem do Porto e a escala de autoeficácia geral. Garantindo que serão salvaguardadas todas os domínios éticos associados à realização de trabalhos de investigação.

Ressalva-se que a sua participação é voluntária e por isso, poderá abandonar a sua participação assim que o desejar. Por outro lado, garante-se que a sua participação em nada influencia os serviços recebidos pela Santa Casa da Misericórdia de Gaia.

## CONSENTIMENTO INFORMADO

Afirmo que a minha participação neste estudo é livre e voluntária, estando consciente que os resultados deste trabalho de investigação poderão ser utilizados e divulgados apenas para fins de interesse científico.

Foi-me garantida a salvaguarda dos princípios éticos, de acordo com a Conferência de Helsínquia, associados aos trabalhos deste âmbito. Bem como me foi facultada a hipótese de abandonar o projeto assim que o desejar.

Declaro ainda que recebi todos os esclarecimentos que considerei necessários para a assinatura livre deste consentimento informado.

---

*(Assinatura do familiar cuidador)*

---

*(Assinatura do investigador)*

---

*(Data)*

